

UNIVERZITA KARLOVA  
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Využití Psychobiografického modelu péče při práci se seniory**

Using of Psychobiographical model of care when working with seniors

Vedoucí práce:

prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Autor práce:

Bc. Markéta Svobodová

Praha 2016

Na tomto místě bych ráda poděkovala prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc., za vedení a pomoc při psaní mé diplomové práce. Zároveň bych ráda poděkovala Domovu pro zrakově postižené Palata a Domovu pro seniory Háje, za ochotu, spolupráci a poskytnutí biografií klientů. V neposlední řadě velký dík patří mým rodičům a přítelovi za trpělivost a důvěru.

### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

Markéta Svobodová

## **Anotace**

Diplomová práce se zabývá tématem využití psychobiografického modelu péče při práci se seniory. První část práce se zaměřuje na teoretický rámec, kde jsou vysvětleny pojmy, jako je stáří a jeho věková hranice, změny ve stáří a potřeby seniorů, demence a její formy. Dále zde nalezneme informace o vybraných sociálních službách pro seniory, jejich pracovnících a etickém kodexu. Kromě toho práce obsahuje informace o psychobiografickém modelu a vším, co s ním souvisí. Druhá část je zaměřena na konkrétní využití modelu v Domově pro seniory Háje a v Domově pro zrakově postižené Palata.

## **Klíčová slova:**

- Senior, stáří, psychobiografický model péče, demence, princip normality, fáze regrese, aktivity denního života, biografie, individuální plány péče, reminiscence.

## **Annotation**

My dissertation is focused on usage of psychobiographical model of care during working with seniors. The first part of my dissertation is focused on theories, where I explain things such as old age and its age borders, changes in old age and senior's needs, dementia and its forms. We can also find here informations about senior services, social workers and ethic codex. Besides that, my dissertation contains informations about psychobiographical model and everything that is related to it. Second part of my dissertation is focud on concrete usage of the model in Senior House Háje and Senior House Palata for people with eyes dissorder.

## **Keywords**

- Senior, age, Psychobiographical model of care, dementia, normality principle, regression phases, activities of daily living, biographies, individual care plans, memories Therapy.

## **Seznam zkratk**

PMP – Psychobiografický model péče

IPP – Individuální plán péče

HVO – Hlavní výzkumná otázka

DS – Domov pro seniory

# Obsah

Teoretická část práce:

<b>1. Úvod .....</b>	<b>9</b>
<b>2. Stáří a senior .....</b>	<b>11</b>
2.1 Stáří .....	11
2.2 Věková hranice seniorského věku.....	12
<b>3. Demografie .....</b>	<b>14</b>
<b>4. Změny ve stáří.....</b>	<b>17</b>
<b>5. Potřeby seniorů .....</b>	<b>19</b>
<b>6. Demence.....</b>	<b>21</b>
<b>7. Vybrané sociální služby pro seniory, kvalita péče a aktivizace.....</b>	<b>24</b>
<b>8. Pracovníci v pobytových sociálních zařízeních.....</b>	<b>27</b>
8.1 Pracovník v sociálních službách/ pracovník přímé péče .....	27
8.2 Sociální pracovník .....	28
8.3 Etický kodex pracovníků v sociálních službách ČR .....	29
<b>9. Psychobiografický model péče.....</b>	<b>30</b>
9.1 Prof. Erwin Böhm.....	30
9.2 Princip normality .....	30
9.3 Aktivita denního života .....	31
9.4 Fáze regrese.....	32
9.5 Biografie.....	34
9.6 Práce s biografií klienta .....	35
9.7 Historický vývoj modelu péče.....	37
9.8 Dokumentační systém .....	37
<b>10. Individuální plány péče.....</b>	<b>39</b>
<b>11. Souvislost biografie s reminiscenční terapií .....</b>	<b>41</b>

Výzkumná část práce:

<b>1. Cíl práce.....</b>	<b>44</b>
<b>2. Charakteristika zkoumaného vzorku. ....</b>	<b>44</b>
<b>3. Metody výzkumu .....</b>	<b>44</b>
<b>4. Formulace HVO a předpokladů.....</b>	<b>45</b>
<b>5. Metodika sběru dat.....</b>	<b>46</b>
<b>6. Charakteristika navštívených zařízení .....</b>	<b>46</b>

<b>7. Metoda vyhodnocení dat .....</b>	<b>48</b>
<b>8. Instrument .....</b>	<b>48</b>
8.1. Vyhodnocení dotazníků .....	49
8.2. Shrnutí dotazníků .....	66
<b>9. Vyhodnocení předpokladů a HVO.....</b>	<b>68</b>
<b>10. Vyhodnocení rozhovorů .....</b>	<b>69</b>
<b>11. Ukázka biografie klientů.....</b>	<b>75</b>
11.1 Biografie – Palata.....	75
11.2 Shrnutí biografie .....	77
11.3 Biografie – Domov pro seniory Háje.....	78
11.4 Shrnutí biografie .....	79
<b>Závěr .....</b>	<b>80</b>
<b>Seznam literatury.....</b>	<b>81</b>
<b>Přílohy: .....</b>	<b>84</b>
Příloha č. 1: Fotografie Palaty .....	84
Příloha č. 2: Společenská místnost (Palata).....	84
Příloha č. 3: Dobová zákoutí .....	85
Příloha č. 4: Orientační prvek (Palata) .....	91
Příloha č. 5: Králíček (Společenská místnost – Palata) .....	91
Příloha č. 6: Fotografie Domova pro seniory Háje.....	92
Příloha č. 7: Stacionář v DS Háje .....	93
Příloha č. 8: Kocour ve stacionáři (DS Háje) .....	94
Příloha č. 9: Multizenzorická péče (DS Háje) .....	94
Příloha č. 10: Reminiscenční místnost (DS Háje) .....	95
Příloha č. 11: Dobové informace umístěné na chodbách (DS Háje) .....	96
Příloha č. 12: Barthelův test základních všedních činností .....	98
Příloha č. 13: Biografický list.....	99
Příloha č. 14: Dotazník .....	101
Příloha č. 15: Souhlas se zpracováním biografie.....	103
<b>Summary.....</b>	<b>105</b>



# 1. Úvod

*„Pokud chceme pečovat individuálně, musíme znát životní příběh pacienta, jehož životní zkušenosti silně ovlivňují postoj k vlastnímu zdraví, ale i nemoci.“<sup>1</sup> Erwin Böhm*

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila téma Využití psychobiografického modelu péče při práci se seniory. Námět jsem si vybrala proto, že jsem měla možnost poznat v praxi aplikaci tohoto modelu a to mně velmi zaujalo. Mám vystudovanou střední odbornou školu sociální zaměřenou na pečovatelskou činnost, kde jsem v rámci své praxe (i mimo ni) pracovala jako pracovník v přímé péči o seniory. Při své praxi jsem zjistila, že pro klienty, umístěné v pobytovém zařízení, je velmi důležitá smyslová aktivizace i využití psychobiografického modelu péče. Z tohoto důvodu svou práci zaměřuji na tento model péče.

V rámci svého dalšího vzdělávání, jsem měla možnost navštívit u paní PhDr. Evy Procházkové úvodní kurz „*Základní filosofie psychobiografického modelu péče Prof. Erwina Böhma*“, kde jsem se seznámila s hlavními myšlenkami tohoto konceptu. Dále jsem také navštívila informativní přednášku pro studenty střední školy, která studentům taktéž ukázala směr a význam aplikace tohoto modelu. Dne 11. 12. 2015 jsem se zúčastnila konference v Praze, kde bylo přítomno mnoho odborníků a příkladů z dobré praxe. Na konferenci byl přítomen i sám Prof. Erwin Böhm, který mi dodal inspiraci a také spoustu nových a důležitých informací, které bych ráda využila ve své práci. Také bych se dále ráda rozvíjela pomocí certifikovaných kurzů a odborných konferencí.

Úvodní citát profesora Erwina Böhma mě velmi oslovil v publikaci PhDr. Procházkové a myslím si, že ukazuje smysl práce s životním příběhem klienta a jeho důležitost. Práce bude pomyslně rozdělena na dvě části. Teorie se bude vztahovat k seniorům, pracovníkům a hlavně k psychobiografickému modelu péče prof. Erwina Böhma. V druhé části se zaměřím na výzkum pomocí dotazníku ohledně využití modelu v konkrétních zařízeních a zjištění postoje pracovníků k tomuto modelu. Práce bude doplněna dvěma rozhovory, ukázkou zpracování biografie a fotografiemi, které názorně ukážou příklad dobré praxe.

---

<sup>1</sup> PROCHÁZKOVÁ E. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. Str. 17.

Cílem je stručně informovat o teoretickém základu práce se seniory a hlavně o psychobiografického modelu péče, práce s biografií, jeho dokumentačním systémem a třeba i souvislosti s reminiscenční terapií. Dále také zjistit, jaký je postoj pracovníků v sociálních službách k psychobiografickému modelu a jak je ve své praxi využíván a přijímán klienty.

Myslím si, že by bylo přínosné postupně tento model aplikovat ve více zařízeních pro seniory, proto je třeba dát okolí o tomto modelu vědět a tím i podnítit jeho šíření do ostatních institucí pro seniory.

## 2. Stáří a senior

Cílem mé první kapitoly je definovat cílovou skupinu, klienty seniorského věku. S tím souvisí i proces stárnutí, který je velmi důležitý v této práci zmínit. Nejen období stárnutí, ale vlastně i celý život si člověk utváří jisté postoje, hodnoty a přístupy, které dodržuje a které by si rád zachoval i v seniorském věku. Je tedy podstatné pochopit toto období, které není obdobím lehkým, ba dokonce bych řekla, že je to etapa lidského života, která přináší mnoho změn. Nejdříve tedy vydefinuji stáří, jeho věkovou hranici a změny, které probíhají v člověku. Okrajově zmíním změny ve stáří a potřeby seniorů.

### 2.1 Stáří

Stáří je jedním z období lidského života, které patří neodmyslitelně ke každému z nás. Je to období, kdy se člověk pomalu připravuje na odchod ze svého zaměstnání a přechod k jinému životnímu stylu. Někdy je toto období u lidí velmi očekávané a jindy naopak velmi obávané. Stáří může přinášet jak radosti života, jako je větší prostor pro věnování se svým zájmům, více času pro rodinu a mnoho dalších radostných událostí. Naopak jindy zase mohou mít lidé strach z tohoto nadcházejícího období. Člověk může přijít o svého životního partnera nebo o milovanou práci, také přicházejí různé nemoci a strasti. Řekla bych tedy, že toto období může být bráno velmi ambivalentně. Je však na každém z nás, jak toto období budeme prožívat.

Stáří bývá také etapou lidského života, na nějž společnost nahlíží i negativně. To může být podmíněno tím, že v naší společnosti bývá preferován kult mládí. Například v médiích bývá obraz seniorů pojmán negativně a upřednostňují se mladí lidé, které můžeme vidět na televizních obrazovkách, v časopisech, na plakátech i jinde. Také v oblasti financí je seniorský věk označován jako neproduktivní, je však opomenuto to, že člověk si svá léta již odpracoval a má nárok na jistý odpočinek. (Malíková, 2011, s. 38-39)

S tím souvisí i pojem ageismus, který je v dnešní době velmi rozšířen a znamená diskriminaci z hlediska věku. „*Ageistický postoj se projevuje podceňováním, odmítáním, a v krajním případě až odporem ke starým lidem. V důsledku takového postoje dochází*

*k symbolické či faktické diskriminaci pouze na základě stáří.*“<sup>2</sup> Dle mého názoru je velmi důležité ageismu předcházet a snažit se seniory do společnosti aktivně zapojovat.

## 2.2 Věková hranice seniorského věku

Věková hranice seniorského věku se může v různých publikacích lišit. Já však ve své práci budu stavět na tomto rozdělení seniorského věku. Helena Haškovcová (2010, s. 20) stáří rozděluje takto:

- 60 - 74 let - vyšší věk, nebo rané stáří
- 75 - 89 let - stařecký věk neboli senium, vlastní stáří
- 90 let a více - dlouhověkost

Co přináší období raného stáří dle Marie Vágnerové? *„Přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci. Je to období relativní svobody, ale i dobou kumulace nevyhnutelných ztrát ve všech oblastech. Rané stáří, resp. třetí věk, je obdobím života, v němž sice dochází k evidentním změnám daným stárnutím, které ale nemusí být ještě tak velké, aby staršímu člověku znemožnily aktivní a nezávislý život.*“<sup>3</sup> Období raného stáří tedy úzce navazuje na období starší dospělosti. V tomto období většinou již bývají děti odloučeny od rodičů, mívají vlastní život, vlastní rodinu. Je to čas, kdy člověk dosahuje svého kariérního vrcholu a pomalu se chystá na většinou pozitivně očekávaný vstup do důchodu. Fáze raného stáří je dle mého názoru velkým skokem ze starší dospělosti, který sebou přináší mnoho změn. Tyto změny bývají u každého člověka vnímány odlišně a velmi individuálně.

Období vlastního (pravého) stáří, je doba, kdy již člověk pomalu ztrácí své síly a může být odkázán na pomoc druhých. *„Období po 75. roce života je označováno jako životní fáze pravého stáří. Dověšením 80 let dosáhne senior tzv. čtvrtého věku, kdy je naživu pouze polovina jeho původní generace. Toto období je spojené s nárůstem problémů daných tělesným a mentálním úpadkem i se zvýšeným rizikem vzniku kumulace různých zátěžových situací, které kladou značné nároky na adaptaci (např. umístění do institucionální péče).*“<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> VÁGNEROVÁ M., *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Univerzita Karlova, 2007. Str. 309. ISBN 978-80-246-13-18-5.

<sup>3</sup> VÁGNEROVÁ M., *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Univerzita Karlova, 2007. Str. 299. ISBN 978-80-246-13-18-5.

<sup>4</sup> VÁGNEROVÁ M., *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Univerzita Karlova, 2007. Str. 398. ISBN 978-80-246-13-18-5.

Doba od 90 let a více bývá nazývána dlouhověkostí. Je to čas, kdy se lidský život pomalu blíží ke svému závěru. Člověk v tomto období může bilancovat a uvažovat, co se mu v životě povedlo a co naopak měl změnit. Senior v tomto období si klade i otázky ohledně konce svého života. Toto období může být pro někoho velmi stresující, pokud nemá urovnané všechny vztahy a věci, které by měl rád v pořádku, než z tohoto světa odejde. K této fázi lidského života se v institucionální péči vztahuje právě i paliativní péče<sup>5</sup>, což je vlastně péče, která již člověka neléčí, avšak ulevuje mu od bolesti a pomáhá prožít co nejkvalitněji poslední část jeho života. „Každé umírání znamená loučení se vším, co měl člověk rád a se všemi, které měl rád.“<sup>6</sup> Toto loučení není lehké ani pro rodinu, ani pro člověka, který z tohoto světa odchází. „Na smrt jako na akt, kterým končí život se připravit nelze. Nikdo z nás neví, kdy a jak nastane. Budoucnost, která stojí před umírajícím, tedy jeho smrt a lidská bezmocnost jakkoliv tuto budoucnost změnit, ovlivňují výrazně lidské myšlení a jednání. Smrt se totiž považuje za nejvyhrocenější mez lidské existence.“<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Světová zdravotnická organizace vymezila paliativní péči jako „aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ (Bugžová, 2015, str.16 in WHO,1990)

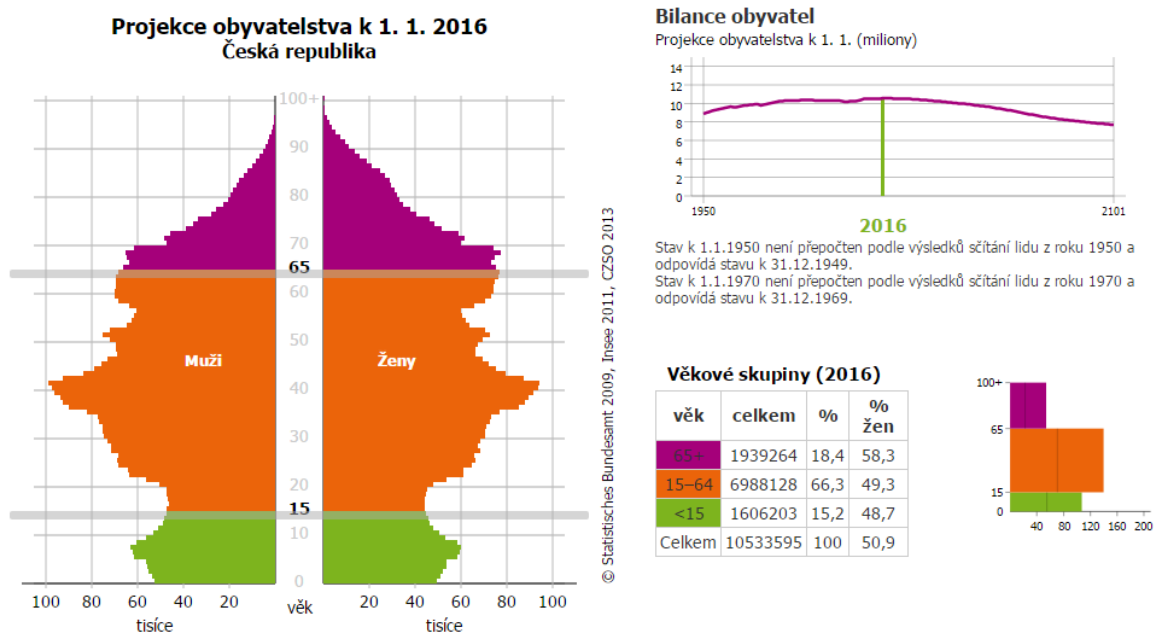
<sup>6</sup> KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. Str. 71.

<sup>7</sup> KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. Str. 71.

### 3. Demografie

Domnívám se, že je důležité se alespoň okrajově zmínit o demografii a složení naší populace nyní a v budoucnosti. Dle nynějších statistik, které jsou dostupné z Českého statistického úřadu, jsem vybrala pro srovnání rok 2016 a rok 2100. Je třeba předpokládat, že jsou to pouze balance obyvatel a není proto jasně dané, že to i bude odpovídat.

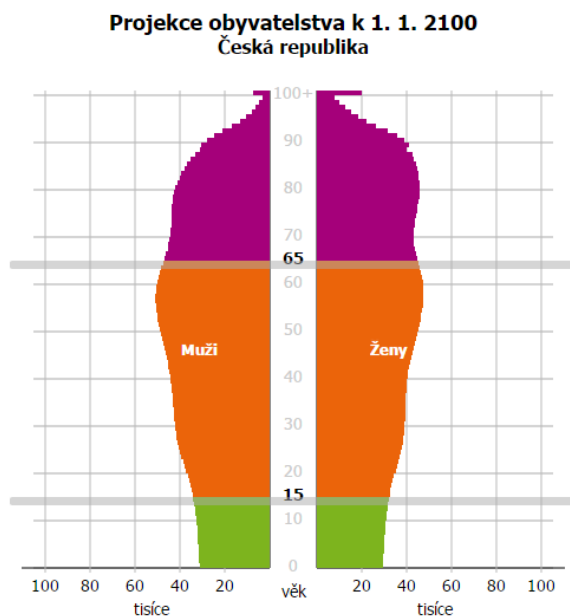
V roce 2016 by dle tohoto výpočtu mělo být v České republice ve věku nad 65 let asi 1 939 246 obyvatel, tedy dle grafu asi 18,4% obyvatel starších 65 let.



Dostupné z Českého statistického úřadu

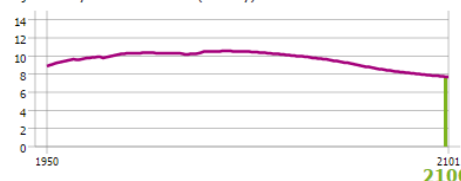
([https://www.czso.cz/staticke/animgraf/projekce\\_1950\\_2101/index.htm](https://www.czso.cz/staticke/animgraf/projekce_1950_2101/index.htm) Online, 19. 3. 2016)

V roce 2100 se předpokládá vzrůst obyvatel starších 65 let na 2 508 879 obyvatel, tedy asi 32,5 %. To je o 14,1 více než v tomto roce.



#### Bilance obyvatel

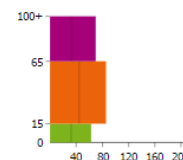
Projekce obyvatelstva k 1. 1. (milliony)



Stav k 1.1.1950 není přepočten podle výsledků sčítání lidu z roku 1950 a odpovídá stavu k 31.12.1949.  
Stav k 1.1.1970 není přepočten podle výsledků sčítání lidu z roku 1970 a odpovídá stavu k 31.12.1969.

#### Věkové skupiny (2100)

věk	celkem	%	% žen
65+	2508879	32,5	53,3
15-64	4262989	55,3	48,1
<15	940228	12,2	48,5
Celkem	7712096	100	49,8

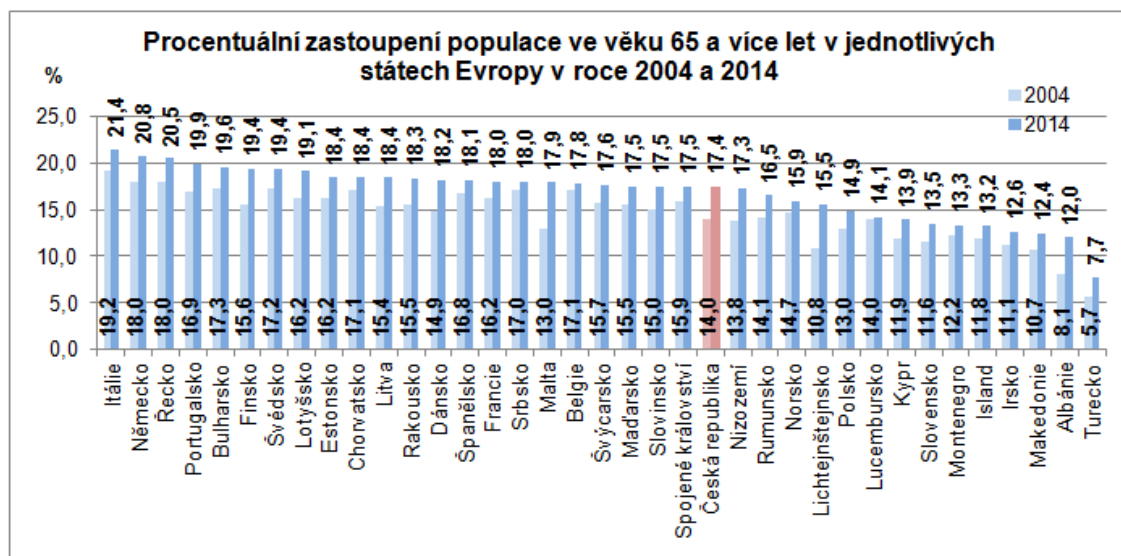


Dostupné z Českého statistického úřadu

([https://www.czso.cz/staticke/animgraf/projekce\\_1950\\_2101/index.htm](https://www.czso.cz/staticke/animgraf/projekce_1950_2101/index.htm) Online, 19. 3. 2016)

Pokud se tedy tyto prognózy vyplní, vzroste počet obyvatel starších 65 let asi o 14,1%. Je tedy třeba mít na paměti tuto skutečnost a postupně se na ni připravovat. Vzroste-li počet starších obyvatel, je třeba uvažovat, jak by se měla zařízení pro seniory dále vyvíjet a vzrůstat počet kvalifikovaného personálu, který se dokáže o seniory kvalitně postarat. S demografií také nepřímo souvisí i Psychobiografický model péče, prof. Böhma, který má na paměti, že se obyvatelstvo vyvíjí a mění se jeho potřeby a vlastně i standard, na který byl zvyklý. Například v roce 2070 budou potencionálními klienty lidé, kteří se narodili přibližně kolem roku 2000. Budou mít jiné potřeby než klienti, kteří jsou nyní umístěni v institucionálním zařízení. Tito potencionální klienti se narodili do doby, kdy je běžné mít mobilní telefon, tablet, počítač a podobné věci. Tato skutečnost bude pro ně normální a přirozená. Je tedy třeba, aby i vývoj například v domovech pro seniory byl poplatný době. Pro potencionální klienty bude naprosto normální mít v takovém rezidenčním zařízení počítač nebo jinou techniku. Nyní se s tímto setkáváme minimálně, i když většina seniorů v takovém zařízení mobilní telefon používá. Abych toto celé shrnula, myslím si, že nad vývojem stárnutí obyvatelstva má smysl uvažovat a postupně se připravovat, že do pobytových zařízení budou přicházet generace, pro které je normální a typické úplně něco jiného, než pro generaci, stávající.

Pro srovnání zde uvádím zastoupení populace starší 65 let v jednotlivých státech Evropy a změnu mezi roky 2004 - 2014.



Dostupné z Českého statistického úřadu (<https://www.czso.cz/csu/czso/seniori> Online 19. 3. 2016)

Dle Prognózy populačního vývoje České republiky na období 2008-2070 se B. Burcin a T. Kučera o stárnutí obyvatel vyjadřují takto: „Naopak výraznou změnu zaznamenaná v příštích desetiletích index stáří vyjadřující vztah počtu starších osob ve věku nad 60 a více let k počtu dětí. Jeho výchozí hodnota (přibližně 153) dokládá významnou početní převahu starších osob nad dětmi, kdy na tři osoby ve věku 60 a více let připadají méně jak dvě děti před dosažením věku 15 let.“<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Dostupné z MPSV: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/8842/Prognóza\\_2010.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/8842/Prognóza_2010.pdf) (Online, 19. 3. 2016)



## 4. Změny ve stáří

Člověk ve stáří prochází mnoha změnami, ať už jde o fyzické změny, které mohou být viditelné, či psychické nebo i sociální změny. Každý člověk prožívá své stárnutí individuálně a jinak než ostatní. Je tedy velmi důležité při práci se seniory vnímat lidskou individualitu a dále s ní pracovat. Myslím si, že je důležité se o těchto zde změnách zmínit, neboť to může velmi usnadnit práci s klienty a celkově podpořit tuto generaci.

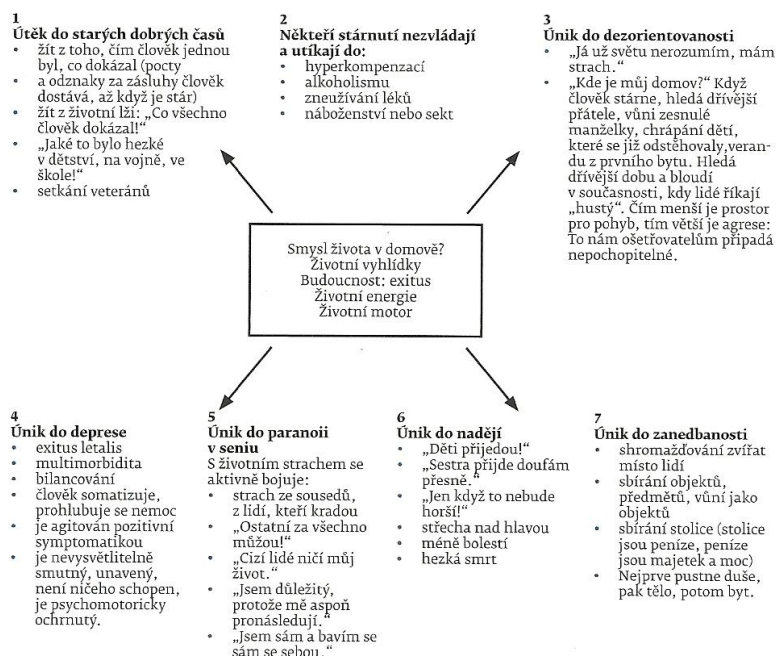
Dle Vágnerové tělesné změny ve stáří mohou být u každého člověka velmi individuální. Dědičné předpoklady jsou jedním z faktorů, které mohou ovlivnit průběh stárnutí. Tempo stárnutí ovlivňují vnější faktory i četnost prodělaných nemocí v průběhu celého života. Více prodělaných nemocí najednou se nazývá polymorbidita, která je ve stáří velmi častá. (Vágnerová, 2007, s. 311-312)

Podle Mlýnkové (2011, s. 21-23) se tělesné změny projevují ve vzhledu člověka nebo i ve funkčnosti některých orgánů. Příznaky stáří se objevují ve všech oblastech. V kožním ústrojí kůže pomalu ztrácí svou elasticitu a stává se tzv. papírovou. Snižuje se kožní turgor (napětí kůže) a na těle se mohou objevovat tzv. stařecké skvrny a vrásky. V pohybovém systému člověka dochází k mnoha změnám. Člověku se ve stáří mění výška i váha a s tím může být spojena i zátěž kloubů, což má za následek ochabování svalů a řidnutí kostí, což ve vyšším věku u člověka zapříčiňuje bolestivost kloubů a tím i zhoršenou pohybovou obratnost a chůzi. V kardiovaskulárním systému klesá pracovní kapacita srdce a také elasticita cév, z čehož vzniká vysoký krevní tlak neboli hypertenze. V respiračním systému klesá kapacita objemu plic, což se projevuje tím, že se starý člověk více zadýchává. Trávicí systém u starého člověka ukazuje také změny zejména v oslabené peristaltice, která se projevuje zácpou a s tím je spojeno i nadměrné užívání projímavých látek. Pohlavní a vylučovací systém nám ukazuje změny velmi individuálně. U mužů jsou varlata schopna tvořit spermie do vyššího věku, u žen tyto změny udává menopauza. Ve vylučovacím systému klesá kapacita močového měchýře, z toho vyplývá, že starý člověk má problém udržet moč a také se dostatečně vyprázdnit. Celkově se snižuje výkonnost smyslových orgánů, důsledkem jsou poruchy zraku, sluchu, čichu aj.

Psychické změny, jak uvádí Mlýnková (2011, s. 24), stejně jako tělesné, jsou velmi individuální a taktéž je ovlivňují genetické předpoklady i vnější faktory. Dochází k celkovému zhoršení kognitivních funkcí – vnímání, pozornosti, paměti a myšlení. Slovní zásoba se však u starého člověka nemění a zůstává zachována. Pokud jsou nějaké problémy v této oblasti, tak spíše to bývá problém s vyjadřováním. Ve vyšším věku se mohou některé lidské vlastnosti zvláště prohlubovat a být intenzivnější. Uvedla bych to na příkladu, že pokud je někdo celý život velmi spořivý, tak ve stáří může být až lakomý.

Do sociálních změn můžeme zařadit vlastně jakoukoli změnu stylu života seniora, která nese také určitý převrat v životě. Jako příklad bych uvedla odchod do penze, stěhování se z vlastního domova do instituce, problémy s financemi, ztrátu blízkého člověka, přátel a známých. Toto i mnoho jiných událostí má velký vliv na psychiku seniora. (Malíková, 2011, s. 21-22)

Člověk, umístění do zařízení pro seniory může mít strach ze změn v životě, který postupně může vyústit v stagnaci až smrt. Proto je také důležité využívat práci s biografií, která je zaměřená na přítomnost a dodává jistotu a zmírňuje strach. „*Stagnace v domově nahání strach a přispívá k útěku do symptomatiky*“<sup>9</sup>



Obr. 2.2 Možné reakce při nenaplnění životního smyslu po přijetí do domova

Obrázek: Možné reakce při nenaplnění životního smyslu po přijetí do domova (Böhm, 2015, s. 98)

<sup>9</sup> BÖHM, E. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. Praha: Mladá fronta, 2015. Str. 98.

## 5. Potřeby seniorů

*„Abychom mohli být skutečnou podporou člověku a plánovat služby, potřebujeme znát jeho potřeby, na jejichž uspokojování se máme podílet.“<sup>10</sup>*

Jak jsem výše zmínila, každý člověk má své potřeby. Nezbytné pro každého z nás jsou fyziologické potřeby, jako je jídlo, pití, vyprazdňování, spánek a hygienická péče. Velmi důležité je však brát ohled i na všechny ostatní potřeby. U starších lidí, kteří jsou v institucionální péči, se však na některé lidské potřeby zapomíná. Je tedy velmi podstatné se snažit je co nejvíce naplnit a zajistit. Tomu by v institucích mohlo dopomoci aktivizační oddělení, které by potřebu stimulace, sociálního kontaktu, seberealizace a v jisté míře i potřebu citové jistoty a naděje mohlo naplnit.

Vágnerová (2007, s. 344-147) rozděluje potřeby takto:

- **Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem** – jak autorka zmiňuje, tak ve stáří klesá potřeba nových zážitků, staří lidé spíše preferují svůj klid a stereotyp. *„Starší lidé preferují symbolické setrvávání ve světě, který je minulostí a s nímž se identifikovali. To se projevuje častým vzpomínáním, uchováváním starých věcí, fotografií, dopisů, zájmem o starší knihy, filmy apod.“<sup>11</sup>* Tato potřeba se projevuje právě u starších lidí a dokonce bych řekla, že na této potřebě je postaven i základ psychobiografického modelu péče a reminiscenční terapie.
- **Potřeba sociálního kontaktu** – každý člověk potřebuje mít někoho, s kým by si popovídal nebo strávil společné chvíle. Ve stáří mohou být lidé osamělí, a proto je tedy velmi důležité dbát na to, aby byli v kontaktu se svými vrstevníky. Autorka však dodává, že kontakt s lidmi různého věku nepřináší všem stejné uspokojení, protože si mohou myslet, že mladí lidé jim nerozumí.
- **Potřeba citové jistoty a bezpečí** – tato potřeba je zvláště intenzivní v období stáří. Pocit jistoty na sklonku života je pro mnohé velmi důležitý, tento pocit může ohrožovat např. úmrtí partnera a s tím spojená nejistota jak v oblasti finanční, tak i v oblasti citové. Autorka zmiňuje, že dochází i k určitému smíření s tím, že starý člověk se stává závislým na druhé osobě, což vykompenzuje možné osamění. Také potřeba intimity se projevuje ve stáří jinak, než v jiné fázi lidského života.

---

<sup>10</sup> HAUKE, M. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada Publishing, 2011. Str. 45.

<sup>11</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Univerzita Karlova v Praze, 2007. Str. 344.

Staří lidé vnímají intimní kontakt třeba jen v doteku či pohlázení, což nemusí mít pouze erotický charakter nýbrž pocit blízkosti druhého člověka.

- **Potřeba seberealizace** – tato potřeba bývá ve stáří méně uspokojena. Někdy si to však lidé kompenzují tím, že zdůrazňují své úspěchy ze svého života. Potřeba seberealizace souvisí s autonomií, tedy rozhodováním o sobě samém. *„Udržení autonomie je nepřímou úměrnou nárůstu závislosti, která je sice mnohdy nezbytná, ale může snižovat sebeúctu. Postupné ubývání soběstačnosti bývá prožíváno jako frustrující a stresující. Starší lidé se velice těžce vyrovnávají se zhoršováním vlastních kompetencí, zejména pokud by byl tento proces rychlý a pokud by zasahoval podstatné funkce. Uznání a ocenění od ostatních lidí přispívá k uchování přijatelné sebeúcty a saturuje tak i potřebu seberealizace.“*<sup>12</sup>
- **Potřeba otevřené budoucnosti a naděje** – jak se říká, „naděje umírá poslední“, tak v každém věku je třeba věřit, že každý má naději alespoň na mírné zlepšení situace či zdravotního stavu. V tomto věku je otázka budoucnosti velmi nejistá. Stárnutí bývá doprovázeno strachem z úmrtí blízkého, ze ztráty soběstačnosti, z nemoci a mnoho dalšího. Autorka podotýká, že představa budoucnosti bývá založena na kompromisu, který by měl být založen na zachování soběstačnosti a sebeúcty. Jednou z možností je také duchovní stránka, které umožňuje člověku se v jistém smyslu smířit s tím, co jednou bude a přinést i jistou naději do života.

Jak jsem již na začátku podotkla, naplňovat potřeby seniorů je velmi důležité a tyto ostatní potřeby by se neměly zanedbávat a dávat do ústraní. Ve stáří se celkově mění způsob, jak bývají tyto potřeby naplňovány a prožívány. Jinak vidí potřebu otevřené budoucnosti mladý člověk, který se rozhoduje, jakými cestami ve svém životě půjde a jinak to vnímá starý člověk na sklonku života. Je třeba být k těmto věcem velmi vnímaví a otevření, abychom mohli co nejvíce starým lidem porozumět a tyto jejich potřeby naplňovat.

---

<sup>12</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Univerzita Karlova v Praze, 2007. Str. 347.

## 6. Dementia

V zařízeních pro seniory se můžeme setkat s klienty, kteří mají diagnostikovanou demenci. Demence může mít různé formy i příčiny. Klienti s touto diagnózou mohou mít problémy s adaptací při přechodu z domácího prostředí do ústavní péče. Život s demencí není jednoduchý ani pro rodiny klientů, které může péče o seniora vyčerpávat. Je tedy třeba co nejvíce pomoci klientům, aby se snadno a rychle adaptovali na nové podmínky a k tomu jim může pomoci odborný personál i rodina. Proto tedy považuji za důležité se o demenci krátce zmínit. Prof. Erwin Böhm, o kterém hovořím dále ve své práci, upřednostňuje spíše termín *„člověk se změněným způsobem chování“* nebo *„se sníženou schopností adaptace a orientace“*, což si myslím, lépe označuje stav klienta, než slovo demence, avšak v této kapitole upřednostním toto označení.

Česká Alzheimerovská společnost ve své příručce Zpráva o stavu demence 2014 (s. 10) uvádí, že v České republice je přibližně 143 tisíc lidí trpících demencí. Mužů je asi 45,5 tisíce a žen 97,7 tisíc. Lze tedy říci, že demencí trpí 1 člověk ze 13 starších 65 let, 1 člověk z 5, starších 80 let a 1 ze 2 lidí starších 90 let. Dle těchto výpočtů České Alzheimerovské společnosti vidíme, že lidí s demencí s vyšším věkem přibývá. Proto je velmi důležité včas a správně diagnostikovat tuto chorobu. Pokud máme správně diagnostikovanou a léčenou demenci, je možné s klienty lépe a cíleně pracovat. Existuje mnoho způsobů, jak ulehčit život člověku trpícímu demencí.

Jiráček, Holmerová, Borzová a kolektiv (2009, s. 11, 27-28) uvádějí, že při demenci dochází ke snížení kognitivních funkcí. Změny se projevují také při aktivitách běžného denního života v poruchách emocí, chování a spánku. Demence může mít však různé příčiny. K testování jednotlivých poznávacích funkcí a určení diagnózy slouží různé testy, např. MMSE (Mini-Mental State Examination), Wechslerova škála paměti aj. tyto testy provádí psycholog, neurolog či psychiatr.

Pidman (2007, s. 31) dělí demence takto:

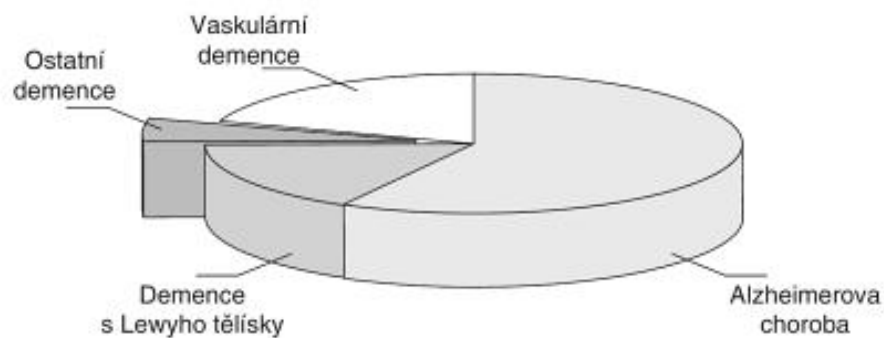
### I. Primárně degenerativní demence:

- Alzheimerova nemoc
- demence s Lewyho tělísky
- frontotemporální demence.

## II. Sekundární a smíšené demence:

- vaskulární demence (multiinfarktová, mikroangiopatická)
- metabolické demence
- toxické demence
- demence při Parkinsonově chorobě
- demence při Huntingtonově chorobě
- traumatické demence
- demence při normotenzním hydrocefalu
- demence při nádorech CNS.

Graf, který uvádí Pidrmán (2007, s. 16-17) ukazuje, že nejvíce demencí je atroficko-degenerativních a to celkem cca 60%. Z nich je nejčastější Alzheimerova choroba. Vaskulární a Demence s Lewyho tělísky se vyskytuje asi u 20% a mezi 10-15% jsou ostatní demence.



Graf: Poruchy způsobující demenci = základní diagnózy<sup>13</sup>

<sup>13</sup> PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada Publishing, 2007. Str. 16-17.

Regnault (2011, s. 16-17) uvádí, že Alzheimerova choroba se zjišťuje obtížně, může se také zaměnit s jinou nemocí. Při této chorobě dochází k degenerativním změnám neuronů. Příznaky mohou být různé - například poruchy krátkodobé paměti, ztráta orientace, poruchy řeči či opakování určitých činností či vět. Jiráček, Holmerová, Borzová a kol. (2009, s. 31-33) dělí demenci na lehkou, střední a těžkou a každá z nich má svá specifika. Při lehké demenci se vyskytují poruchy paměti, pomalu dochází i k poruchám aktivit denního života, poruchám orientace i nálad. Při střední demenci se paměť zhoršuje ve všech složkách, bývá špatná orientace časem i místem. Při těžké demenci jsou výrazné poruchy paměti, které se projevují tím, že lidé s touto diagnózou již nejsou schopni si pamatovat např. to, kde mají lůžko, nepoznávají příbuzné či pečující. Alzheimerova choroba končí smrtí, obvykle od objevení příznaků do 7 – 10 let.

Demence s Lewyho tělísky, jak uvádí Jiráček, Holmerová, Borzová a kol. (2009, s. 34-39), je také neurodegenerativní onemocnění, které je však na pomezí Alzheimerovy a Parkinsonovy choroby. Příčiny vzniku této demence nejsou zcela jasné. Jistý podíl na této demenci má životní styl, prostředí i genetika. Tato demence má své specifické příznaky a to jsou zrakové halucinace, horší soustředěnost a špatnou snášenlivost antipsychotických léků. Léčba této demence spočívá v podávání léků, aktivizaci a cvičení paměti atp.

Při frontotemporální lobbární demenci dochází k degeneraci frontálních-čelních anebo předních temporálních-spánkových laloků mozku. Příčina není jasná - jistý podíl má dědičnost i porucha metabolismu. Definitivní diagnóza je možná až po smrti nemocného. Tuto demenci léčit nelze, lze využít farmaka k potlačení některých příznaků nemoci a také využít aktivizačních metod. (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 43-47)

Klienti s demencí se mohou podílet na aktivizačních činnostech podobně jako ostatní klienti a je to pro ně velmi prospěšné. Vhodná je reminiscenční terapie, která využívá vzpomínek a vzpomínkových předmětů při terapii. Klienti si tak mohou třeba dobře vzpomínat na své mládí, přestože současnost je jim cizí. Dále je pak vhodný trénink paměti, pomocné tabulky pro klienty s demencí (velký kalendář, označení dne, ročního období aj.) a mnoho dalších terapií a pomůcek, o kterých se zmíním dále ve své práci.

## 7. Vybrané sociální služby pro seniory, kvalita péče a aktivizace

*„Každá sociální služba musí být poskytována v souladu se všemi právními předpisy, platnou legislativou vztahující se k uvedené oblasti činnosti a se zmíněnými lidskými právy, uvedenými v jednotlivých dokumentech.“<sup>14</sup>*

MPSV definuje různé služby sociální pomoci pro seniory. Dle MPSV můžeme do této kategorie zařadit odlehčovací služby, které většinou využívá rodina pečující o seniora a potřebuje zajistit péči v době, kdy ona sama nemůže, nebo si potřebuje odpočinout. Někdy jsou tyto služby známe také pod názvem respitní péče. Dále centrum denních služeb seniorům poskytuje pomoc v oblasti hygieny, stravy, aktivizace a jiných věcí, avšak jde pouze o ambulantní zařízení, kam senior dochází. Mezi další zařízení patří stacionáře a to denní nebo týdenní. Stacionář denní poskytuje seniorům dopomoc pouze ambulantně, tedy tak, že o seniora je postaráno přes den a na noc odchází do svého domova. Naproti tomu stacionáře týdenní poskytují plnou péči o seniory jak v oblasti stravy, hygieny, ubytování i v aktivizační činnosti. Domov pro seniory patří mezi dlouhodobé pobytové zařízení pro seniory, které nabízí stálou dopomoc v mnoha oblastech. Dále senioři mohou využít sociální poradenství, které jim pomůže vyřešit jejich nepříznivou sociální situaci. Osobní asistenci využívají senioři, kteří potřebují podpořit při zvládání běžných úkonů nebo jako doprovod. Pečovatelská služba nabízí pomoc seniorům v jejich vlastním domově a také dovoz stravy a jiné služby. MPSV definuje sociální služby pro různé klienty, já jsem však vybrala ty, které se přímo týkají seniorů. (<http://www.mpsv.cz/cs/18661#okss> Online 12. 3. 2016)

Publikace Sociální gerontologie (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012 s. 104-105), řadí mezi dlouhodobé zařízení institucionální péče tyto:

- **Domovy pro seniory**, které poskytují dlouhodobou pomoc seniorům v mnoha různých oblastech. Od roku 2007 nahradily původní domovy důchodců.
- **Domovy se zvláštním režimem** poskytují pobytovou službu osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu diagnózy demence, chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách.

---

<sup>14</sup> MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. Str. 54.



- **Domy s pečovatelskou službou** se dle autorů neřadí mezi pobytové služby. Jde o byty zvláštního určení pro seniory, jejichž stav umožňuje vést samostatný život s malou dopomocí.
- **Léčebny pro dlouhodobě nemocné** patří mezi zdravotnická zařízení a poskytují následnou péči po propuštění z nemocnice. Může se jednat o službu krátkodobou nebo i dlouhodobou.

Ať je již člověk v jakémkoli rezidenčním zařízení, je velmi důležitá celková kvalita péče o seniora s čímž souvisí i kvalita jeho života. Kvalitu poskytované péče by měl udržovat celý tým pracovníků v rezidenčním zařízení.

Autorka Eva Malíková (2011, s. 54), zmiňuje i některé etické zásady, které jsou důležité pro tuto práci. Zdůrazňuje, že je třeba dbát na to, aby personál nenabízel klientům pro ně nevýhodné služby, nechoval se neuctivě, nezlehčoval problémy klientů, neodsuzoval je, nekritizoval ani neponižoval. Celkově respektoval klienty, jejich potřeby i rozhodnutí. Aby dokázal klientům poskytnout maximum informací o nabízených službách a nezamlčoval důležité informace. Toto vše i některé další zásady autorka zmiňuje jako důležité při poskytování sociální služby.

Do kvality péče bych zahrнула i možnost klientů účastnit se různých aktivizačních programů. Autorka Dagmar Dvořáčková vystihla jednou větou důležitost aktivizace klientů: „*Pro kvalitu života ve stáří je důležité vytvořit si program pro volný čas. Aktivita je prevencí nesoběstačnosti.*“<sup>15</sup> Jak jsem se několikrát ve své práci zmínila, aktivizace a potřebné zaměstnání je pro seniory velmi důležité a přínosné.

V zařízeních pro seniory existují různé programy a domnívám se, že každý z klientů si dokáže najít svou oblíbenou činnost. Ve své praxi jsem se setkala například s taneční terapií, která měla velký úspěch i u klientů na invalidním vozíčku. S reminiscenční – vzpomínkovou terapií, která byla vedena jako posezení a vzpomínání na společné téma. Dále i s keramikou a ručními pracemi, které zlepšují jemnou motoriku seniorů. Mezi úspěšné aktivizační činnosti patří také muzikoterapie, kde si klienti zpívají oblíbené písničky a také mohou využít hudebních nástrojů. Dle mého názoru velmi oblíbená mezi seniory je petterapie – tedy využití domácího mazlíčka, jako je morče, králík nebo i jiné zvíře. Velmi pozitivní vliv jsem zaznamenala i u stále ležících klientů.

---

<sup>15</sup> 4. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012. Str. 27.

Do této kategorie patří i canisterapie, kdy je pes na tuto terapii speciálně vycvičen. Existuje mnoho různých cvičení paměti, čtení klientům a mnoho dalších aktivit, kterých je v zařízení dostatek a klienti si mohou vybrat svou oblíbenou aktivitu, na kterou mohou pravidelně docházet. Tyto aktivizační činnosti nebo terapie mají velmi pozitivní vliv na klienty.

## 8. Pracovníci v pobytových sociálních zařízeních

V pobytových zařízeních péči o klienty zajišťují sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách (v přímé obslužné péči), zdravotničtí pracovníci, aktivizační pracovníci a někdy také pedagogičtí pracovníci. Péče o klienty v pobytových zařízeních je velmi psychicky i fyzicky náročná, je tedy třeba mít určité předpoklady pro výkon tohoto povolání. Při této práci je velmi důležitá empatie, vstřícnost a ochota pomáhat. Podle toho, jak budou pracovníci v sociálních službách přistupovat ke klientům, se budou i klienti cítit v daném zařízení, a to jim usnadní těžký přechod do takového zařízení.

Níže přesně definuji náplň práce pracovníka v sociálních službách a sociálního pracovníka.

### 8.1 Pracovník v sociálních službách/ pracovník přímé péče

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definuje pracovníka v sociálních službách jako pracovníka v přímé obslužné péči o klienta, který zajišťuje péči o hygienu, stravu, oblékání, pomoc při různých činnostech aj. Také jej vymezuje jako zaměstnance, který vykonává základní nepedagogickou činnost. Zakládá se na nábídku různých dovedností a prohlubování stávajících úkonů. Také může vykonávat pečovatelskou činnost v domácnosti klienta, která spočívá v péči o domácnost klienta, osobní asistenci či přímou obslužnou péči. Rovněž může člověk s touto kvalifikací vykonávat pod dohledem sociálního pracovníka aktivizační činnost klientů a základní sociální poradenství.

*„Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona.“<sup>16</sup>*

Dle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách je povinen zaměstnavatel zaručit pracovníkům v sociálních službách možnost dalšího vzdělávání a prohloubení kvalifikace v minimálním rozsahu 24 hodin za rok.

Pracovník v přímé obslužné péči je dle mého názoru klientovi nejbližší. Měl by to být člověk, který toto povolání vykonává s láskou a úctou a respektuje jedinečnost každého člověka. Je to pracovník, který se v zařízení pro seniory, ať už v domově pro seniory, nebo v domově se zvláštním režimem, stará o klienta, pečuje o úklid a čistotu pokoje klienta

---

<sup>16</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., § 116 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

(např. ukládání čistého prádla, převlékání ložního prádla, aj.), pomáhá klientovi s přijímáním potravy, s oblékáním, péčí o jeho vlastní osobu, hygienu a vykonává mnoho dalších činností. Právě zde je důležité dbát na další vzdělávání těchto pracovníků, myslím například kurz bazální stimulace, který dokáže klientovi velmi pomoci, anebo kurz zaměřující se na psychobiografický model prof. Böhma, ke kterému se ve své práci blíže dostanu v následujících kapitolách.

## 8.2 Sociální pracovník

*„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“<sup>17</sup>*

Při výkonu povolání sociálního pracovníka, je brán zřetel na bezúhonnost, zdravotní a odbornou způsobilost vykonávat toto povolání a samozřejmě na plnou svéprávnost. Dále je velmi důležité vzdělání, které vymezuje Zákon č. 108/2006 Sb.

Jak píše Malíková (2010, s. 122-123), sociální pracovník se ve své práci musí řídit platnými zákonnými normami a důkladně znát náplň zařízení, druh a rozsah poskytované služby. Řídí se etickým kodexem sociálních pracovníků a dodržuje standardy kvality sociálních služeb.<sup>18</sup> V zařízení se stará o dokumentaci, příjem klientů, znalost daných služeb v regionu, informovanost klientů i jejich rodin o poskytované službě. Pomáhá klientům s vyřízením různých žádostí jako např. příspěvku na péči, o poskytnutí dávek sociální péče aj. Spolupracuje se všemi pracovníky daného zařízení a také se účastní supervizí.

---

<sup>17</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., § 109 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

<sup>18</sup> „Standardy kvality sociálních služeb vytvářejí soubor kritérií stanovených jako norma kvality poskytované sociální služby. Povinnost poskytovatele sociálních služeb dodržovat standardy kvality sociálních služeb je dána v § 88 díl 2, písmeno 4 zákona č. 108/2006 SB., o sociálních službách.“ (Malíková, 2010, str. 70)

### 8.3 Etický kodex pracovníků v sociálních službách ČR

*„Etika sociální práce je souhrnem kladných hodnot a norem, které se vršily napříč stoletími a rozšiřovaly podle toho, v které epoše se sociální práce vyvíjela.“<sup>19</sup>* S výkonem povolání v sociální sféře souvisí dodržování Etického kodexu sociálních pracovníků. *„Etický kodex sociálních pracovníků České republiky byl schválen plánem Společnosti sociálních pracovníků dne 19. 5. 2006 a nabyl účinnosti od 20. 5. 2006. Obsahuje úvodní část – Etické zásady, část Pravidla etického chování sociálního pracovníka, část Etické problémové okruhy a Závěr.“<sup>20</sup>* Etický kodex je dokumentem, který uvádí zásady práce s klientem, zásady etického chování na pracovišti, vztah ke klientům i ke spolupracovníkům. Dle mého názoru je to velmi důležitý dokument nejen pro sociální pracovníky, ale pro všechny, kteří se v sociální sféře pohybují a pracují s klientem. Etický kodex by měl znát každý sociální pracovník a na jeho zásadách by se měl podílet a dodržovat je.

---

<sup>19</sup> GULOVÁ, L. *Sociální práce - Pro pedagogické obory*. Praha: Grada Publishing, 2011, str. 38.

<sup>20</sup> MALÍKOVÁ E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. Str. 55.

## 9. Psychobiografický model péče

### 9.1 Prof. Erwin Böhm

Prof. Erwin Böhm je autorem Psychobiografického modelu péče. Narodil se 16. 5. 1940 ve Vídni. V roce 1963 dokončil studium na zdravotnické škole. Poté od roku 1974 pracoval na pozici „hlavní sestry“ v Psychiatrickém centru Otto Wagner Spital ve Vídni. Zde také začal se svým pilotním projektem „*Přechodná péče*“. V roce 1985 vydal svou první knihu „*Ošetrovatelská péče jako most ke všednímu dni*“. V roce 2001 proběhlo založení „*Evropské sítě pro psychobiografický ošetrovatelský výzkum prof. E. Böhma*“. Profesor získal mnoho ocenění např. Geisnerovu cenu v oboru ošetrovatelství, čestnou cenu časopisu ošetrovatelství LAZARUS (2008) aj. (<http://www.ebinbio.cz/erwin-bohm/> Online 17. 2. 2016)

Prof. Böhm začal v roce 1965 rozvíjet rehabilitační formu péče, kdy místo klasické péče o základní lidské potřeby „*teplo-jídlo-čistota*“ navrhl model, kde se mají klienti starat o každodenní úkony. Všiml si, že ošetrovatelé vlastně vše dělají za klienta a nikdo nemotivoval klienty k tomu, aby se opět o sebe starali sami. Proto pomocí biografie přicházel na to, co bylo lidem známé z jejich života. Jako příklad uvádí to, že pokud byli lidé zvyklí se koupat pouze jednou týdně, tak nyní nechápou, proč to mají dělat každý den. Pro klienty je důležité zajistit stav jejich normality, tedy toho, co je pro ně normální. Nejvyšším jeho cílem je „*psychické znovuoživení*“ („*reaktivizace*“) člověka a maximální podpora v jeho možnostech. ([http://www.enppaustria.com/cz/erwin\\_boehm.htm](http://www.enppaustria.com/cz/erwin_boehm.htm) Online 17. 2. 2016)

### 9.2 Princip normality

Princip normality by se dal shrnout do věty, že je to individuální postoj člověka k něčemu, co jemu samému přijde obvyklé a normální. Jak jsem již výše zmínila příklad s koupáním. Paní PhDr. Eva Procházková také při svých seminářích udává příklad i se stravou. To, co je nyní pro nás běžné jídlo, pro klienty být nemusí. Proč bychom měli klientům dávat do jídelníčku lososa, když by si třeba raději dali chléb se škvarkovou pomazánkou, na který byli zvyklí? Jak tedy profesor zmiňuje, tento princip je pro klienty velmi důležitý a je třeba se nad ním zamyslet a dále s ním pracovat.

*„Böhm tvrdí, že co je normální pro člověka, je zapsáno vždy v jeho knize života a vše, co za svůj život poznal a prožil, ovlivňuje jeho princip normality, který může být i diametrálně odlišný od principu normality osoby pečující.“<sup>21</sup>* To znamená, že i když pečující personál v daném zařízení to s klientem myslí dobře a chce mu pomoci, tak pokud má klient jinak nastavený princip toho, co je pro něj normální, bude to pro klienta velmi stresující a nepodnětné. Je tedy důležité, aby personál spolupracoval s klientem i s rodinou právě na tvorbě životního příběhu klienta. Poté, co personál zná všechny potřebné informace o životě klienta, o jeho způsobu života, rituálech, denních zvyklostech atp. tak z toho může při své práci vycházet a zajistit, aby i klient přijatý do péče zařízení měl zajištěné to, na co byl ve svém životě zvyklý. A tím se předchází negativnímu ladění klienta, ba i možné agresivitě mezi ním a personálem.

S principem normality se můžeme setkat v zařízení i při práci s prostředím zařízení. Je vhodné, aby nábytek a okolí klienta bylo přizpůsobeno jeho zvyklostem. Pokud klient žil v 50. letech, tak by bylo vhodné vybavit jeho okolí nábytkem z té doby. Není to však jen o stěhování nábytku, ale především o přístupu ke klientovi. Je možné, že se bude lépe cítit s nábytkem, který sice není úplně nový, ale více mu připomíná domov a jeho život, než ten, který je skoro nový. Je třeba se i nad takovými drobnostmi zamyslet. Všechny tyto věci dohromady pak utváří pro člověka prostředí, ve kterém se cítí dobře a klidně.

### **9.3 Aktivita denního života**

Mezi aktivity denního života řadíme ty činnosti, které si člověk umí obstarat a zařídit sám nebo potřebuje pouze pomoc. Do aktivit denního života neboli ADL (Activities of Daily Living), patří například péče o hygienu – koupání, sprchování, péče o vzhled, dutinu ústní, nehty, vlasy, vousy, péče o stravování, kontinence, užití toalety a péče o oblékání. Mezi aktivity denního života také patří instrumentální aktivity denního života – IADL (Instrumental Activities of Daily Living), kam patří cestování, telefonování, užívání léků, nakupování, péče o finance i domácnost. Pokud starší člověk není schopen své aktivity plně vykonávat, je třeba mu zajistit pomoc. K posouzení toho, jestli pomoc potřebuje, slouží různé testy soběstačnosti. (Pokorná, 201, s. 83 – 85).

*„K posouzení soběstačnosti používáme testy nazývané podle autorů, například Barthel, Katz, Lawton a další. Na otázky v testech odpovídáme podle znalostí funkčního*

---

<sup>21</sup> PROCHÁZKOVÁ E. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. Str. 43. In Böhm 2004

*stavu pacienta. Nejedná se tedy o dotazníky, které by bylo možné vyplnit na základě prostého dotazování pacienta.*“<sup>22</sup>

O aktivitách denního života se zmiňují proto, že pokud je klient přijat do zařízení, je třeba mít přehled o jeho možnostech a schopnostech a k tomu právě slouží např. Barthelův test základních všedních činností (viz. příloha číslo 12), který nám po vyplnění může prozradit o klientovi zásadní informace důležité pro jeho péči.

Prof. Böhm (Böhm, 2015, s. 120-123) hovoří také o „copingu“, který s ADL souvisí. Používá vzorec: „*formující otisk + klíčový podnět = pocit = coping*“, otisk vysvětluje tím, že to je něco, co jsme přijali například v dětství. Vysvětlím to na ukázce pana profesora, který jako otisk uvádí to, že když si chlapec dohrál, maminka vždy po něm uklidila. Pocitově si to vysvětluje tak, že to maminka dělá z lásky, protože ho má ráda. Coping je pro něj tím, že ty hračky neuklízí a nechává je ležet na zemi. Profesor tento příklad dále vysvětluje tak, když se syn ožení a bude stále nechávat vše ležet na místě, jako v dětství, tak to jeho manželka uklízet nebude a on se bude domnívat, že ho nemá ráda. Pro chlapce tedy bylo normální, že v dětství po něm maminka uklízela a tím mu dokazovala svou lásku a to je pro něj něco, co považuje za normální. Tento příklad ukazuje, jak každý vnímá a prožívá normalitu odlišně. „*Chceme-li pečovat o staré lidi, musíme se zaměřit na okruh copingů před naplňováním aktivit denního života (ADL), takřka se do nich vžít.*“<sup>23</sup>

## **9.4 Fáze regrese**

Prof. Erwin Böhm popisuje sedm stádií regrese, ve kterých se prioritně zaměřuje na psychiku klienta, a až poté na ostatní oblasti. Uvádí, že je nutné klientovu psychiku oživit, aby byl následně motivován a sám se snažil o samostatnost. Zde se pečující personál dopouští chyby, když většinu činností dělá aktivně za klienta, třebaže by to klient s určitou motivací mohl zvládnout sám. To pak následně činí klienta pasivním, protože od něj není vyžadována žádná snaha. Teprve na základě určení stupně regrese klienta je dána práce s ním. (Procházková, 2014 s. 84)

---

<sup>22</sup> ŠTĚPÁNKOVÁ, H., HÖSCHL, C., VIDOVIČOVÁ, L. a kol. *Gerontologie. Současné otázky z pohledu biomedicínských a společenských věd*. Univerzita Karlova v Praze, 2014. Str. 80.

<sup>23</sup> BÖHM, E. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. Praha: Mladá fronta, 2015. Str. 120.



Interakční kategorie Stupeň regrese	Chování klienta	Forma péče
1-2	žádné psychogenní nápadné chování	aktivizační forma péče
3	lehké poruchy – nápadnosti v chování – rané stadium demence	aktivizační a re-aktivizační forma péče uplatňující tzv. princip normality
4-5	středně těžké poruchy chování – střední stadium demence	re-aktivizační forma péče uplatňující tzv. princip normality
6-7	těžké až velmi těžké poruchy chování – těžké stadium demence	re-aktivizační forma péče a bazálně stimulační forma péče

(Böhm, 2008)

Obrázek: Stádia regrese dle prof. Böhma (Procházková, 2014, s. 84)

*„Aktivizační forma péče je určena těm klientům, kteří jsou maximálně integrováni do péče, a spočívá v podpoře jejich soběstačnosti a udržení jejich schopnosti sebeurčení a vlastní zodpovědnosti.“<sup>24</sup>*

*„Reaktivizační forma péče podle Böhma je charakterizována využitím impulsů z biografie klienta ke znovuoživení psychiky seniora, a tím i schopnosti sebepéče. Naučené automatismy a rituály jsou plně využité při poskytování péče.“<sup>25</sup>*

První a druhé stádium označuje prof. Böhm jako aktivizační formu. První stupeň nazývá fyziologické stáří. V této fázi je klient schopen rozumět informacím, obsahu i jejich formě. Druhý stupeň označuje stupněm regionálního dialektu a rčení („mateřského šprýmu“). Odpovídá vývojové fázi v období mládí cca 12 – 25 let. V této době byl pro člověka důležitý humor, důvtip, speciální dialekt apod. Klient v této fázi stále rozumí informacím. Pokud již přestává rozumět, dostává se ke třetímu stupni, který se nazývá stadium sociálních a emocionálních potřeb. V této fázi je pro porozumění klientovi důležitá biografie, kde jsou zapsány jeho automatismy a rituály. Důležité je znát a vnímat klientovy potřeby, aby je personál mohl adekvátně naplňovat. Klient již v této fázi pomalu přestává rozumět obsahu sdělení, je tedy vhodné využívat dialektu, který mu byl blízký. Čtvrtým stupněm je etapa zvyků a rituálů. Rituály klienta zajišťují jeho pocit bezpečí. Klient v této fázi nerozumí obsahu ani formě sdělované informace. Pátý stupeň pojmenovává prof. Böhm jako stupeň pudů a instinktů, kdy klient může mít i problémy najít se příborem. Komunikace začíná být na úrovni pohádek a dětských básní. Šestý stupeň je úroveň intuice, kdy klient ztrácí racionální myšlení, komunikace je na úrovni opakování slov a zvuků. Při komunikaci s klientem je vhodné využívat doteků, kterým

<sup>24</sup> PROCHÁZKOVÁ E. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. Str. 52-53.

<sup>25</sup> PROCHÁZKOVÁ E. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. Str. 53.

stále rozumí. V posledním sedmém stupni je fáze bazální komunikace, kdy využíváme neverbální komunikace s pomocí bazální stimulace<sup>26</sup>. (Procházková, 2014, s. 49-53.)

Na základě toho, že si u klienta určíme stupeň regrese, bude se nám s ním snáze spolupracovat. A tím bude i správně ke klientovi přistupováno. Například, pokud již klient patří do sedmého stupně, tak víme, že nejvhodnější je pro klienta využití konceptu bazální stimulace a tím budeme i lépe s klientem komunikovat.

## 9.5 Biografie

Slovo biografie pochází z řeckého *bios* = život a *grafem* = psát. Toto slovo bývá vysvětlováno jako umělecký žánr popisující život. Využívá se například v literatuře nebo filmu. Spisovatel většinou popisuje život známé osobnosti, pokud však autor popisuje svůj vlastní život, nazýváme jej autobiografií. Biografii lze dělit na aktivní, na níž se podílí sám jedinec a na pasivní biografii, na které spolupracuje rodina, personál, nebo se mohou použít informace z klientovy dokumentace. Již se na ní nepodílí sám jedinec. (Procházková, 2014, s. 13)

Rozdělení biografie z hlediska jejího obsahu dle autorky Procházkové (2014, s. 13 - 14):

- a) **„Autobiografie“** - jak již bylo výše zmíněno, autobiografií označujeme vlastní životopis autora.
- b) **„Storry biografie“** - aplikuje se u klientů s demencí, kteří při vzpomínání nejsou již věrní realitě.
- c) **„Senzobiografie“** - využívá konceptu bazální stimulace, který je rozdělen do senzorických oblastí, jako je chuť, čich, hmat atd.
- d) **„Biografická anamnéza“** - podle prof. Erwina Böhma neodpovídá odborné terminologii a zaměřuje se na volný zápis informací z klientova života.
- e) **„Individuální biografie“** - pod tuto biografii lze sloučit autobiografii, storry biografii i senzobiografii.

---

<sup>26</sup> „V konceptu bazální stimulace se terapeuti pokoušejí pomocí nabízení podnětů a pohybu navázat komunikaci s lidmi se změnou v oblasti vnímání a komunikace.“ FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základních ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, 2007, str. 23.

Profesor Erwin Böhm rozděluje v psychobiografickém modelu péče biografii takto:

- a) *„Singulární biografie - životní příběhy jedince s emocionálním podtextem, kterou v dokumentační složce označujeme také jako „storry biografie“,*
- b) *historická biografie - společensko-kulturní aspekt doby odrážející se v biografii,*
- c) *regionální biografie - každý region má svá specifika (město, venkov), nářečí, zvyky a obyčeje“.*<sup>27</sup>

## 9.6 Práce s biografií klienta

*„Základními stavebními kameny psychobiografického modelu péče, jsou oblasti, jejichž stěžejním a výchozím materiálem je souhrnný životní příběh jedince, ze kterého pečující personál čerpá informace pro zpracování principu normality a pro práci s prostředím.“*<sup>28</sup>

Normalita znamená pro člověka to, co prožil za svého života a co klient sám považuje za normální a to bývá zapsané v jeho knize života. Normalitu každý z nás může definovat jinak, proto je velmi důležité brát ohled na klienta, který může mít odlišný názor než pečující. Autorka se zmiňuje, že pokud se personál v péči co nejvíce přiblíží ke klientovi, tak se sníží počet konfliktů i nepříjemných situací mezi personálem a klientem. Právě využití informací z klientovy biografie umožní se co nejvíce přiblížit jeho domácímu prostředí i životu, a tím je i vlastně zabezpečena základní životní potřeba a to potřeba jistoty a bezpečí. (Procházková, 2014, s. 43)

*„Abychom lépe porozuměli našim klientům seniorům a jejich způsobům chování, je nutné také poznat jejich životní příběh. Tyto nové informace umožňují všem pečujícím lépe rozpoznat potřeby klientů a jejich specifické reakce, které se mohou vyskytnout při konfrontaci klienta s neznámou situací, ale také při zvládání aktivit denního života.“*<sup>29</sup>

Jak tedy autorka zmiňuje, je velmi důležité při práci s klienty postupovat individuálně a brát zřetel na klientovy možnosti a potřeby. Právě v klientově biografii nalezneme informace o tom, jak které konkrétní činnosti zvládal v minulosti a podle toho můžeme s klientem pracovat i nyní. Práce s klientovou biografií nám, jako pracovníkům, pomáhá s pochopením klientova chování a jednání.

---

<sup>27</sup> PROCHÁZKOVÁ E. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. Str. 14.

<sup>28</sup> PROCHÁZKOVÁ E. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. Str. 42.

<sup>29</sup> PROCHÁZKOVÁ E. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. Str. 19.

V publikaci *Práce s biografií a plány péče* (2014, s. 20) je uveden příklad toho, jak může být klient ovlivněn za svého života. Jako příklad uvádí, že pokud klient byl zvyklý celý život chodit doma na toaletu napravo, v zařízení také směřuje napravo, i když se tam toaleta nenachází. Personál tedy obvykle do dokumentace napíše, že klient je zmatený. Pokud by však pracovníkům byla známa jeho biografie, lépe by personál pochopil chování klienta. Pro klienty je také velmi důležité jejich prostředí, ve kterém nyní žijí. Pro klienta by bylo velmi přínosné, pokud by ve svém novém pokoji měl své osobní věci ze svého domova (polštářky, křeslo, bytové doplňky aj.), které by pomohly klientovi navodit pocit domova.

Práce s biografií má různé cíle, například potřeby a přání klienta mohou být zjištěny rychleji a poté má personál otevřenější možnost péče a komunikace s klientem. Další výhodou zpracování biografie klienta je zahrnutí postupu, jak jednat a reagovat na klienta se změněným způsobem chování. Podle biografie již víme, na co konkrétně reaguje pozitivně a na co naopak negativně a jak v takové situaci postupovat. Výhodou je pro nově příchozí klienty jistý způsob adaptace a seznámení se s personálem. Důležitý je i pocit sounáležitosti s klientovou minulostí, s jeho tradicemi a zvyky. Také vzpomínání při tvorbě biografie je pro klienta pozitivním prožitkem. (Procházková, 2014, s. 23-24)

Metody práce s biografií PhDr. Eva Procházková (2014, s. 25), rozděluje do tří skupin podle biografie klienta:

- **Metody orientované na komunikaci** – např. rozhovor na téma zvolené z biografie (cestování, svátky, sokol, apod.)
- **Metody orientované na aktivity** – např. výlety, oslavy, společné vaření, apod.
- **Metody orientované na tvorbu dokumentu** - např. tvorba knihy biografie

*„Práce s biografií klienta, je soubor technik podporující vybavování vzpomínek seniora za účelem sběru těchto informací, které slouží pro diagnostický proces, na jehož základě je vytvořen individuální plán péče.“<sup>30</sup>*

---

<sup>30</sup> PROCHÁZKOVÁ E. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. Str. 27.

## 9.7 Historický vývoj modelu péče

*„První zmínky o práci s biografií v souvislosti s péčí jsou datovány do 70. let 20. století a pocházejí z prvních odborných prací E. Böhma. Autor psychobiografického modelu tvrdí, že pokud chceme pečovat individuálně, musíme znát životní příběh pacienta, jehož životní zkušenosti silně ovlivňují postoj k vlastnímu zdraví, ale i nemoci, a dále nám ukazují způsoby, jakými tato osoba zvládala zátěžové situace a tím rozvíjela svou schopnost adaptace na nové podmínky.“<sup>31</sup>*

V historii tohoto modelu bych začala u Naomi Feil, která v 70. letech 20. stol. přináší v geriatrii model založený na validaci, jenž se blíže zaměřuje na komunikaci, která je pro sběr dat v biografii velmi důležitá. Dále ve svém modelu navazuje i na reminiscenční terapii, která pomáhá klientům v rámci práce s jejich vzpomínkami. Poté v 80. letech téhož století přichází s ošetřovatelským modelem Monika Krohinkel, která se zaměřuje na aktivity denního života a rozvíjí model na zvládání zátěžových situací a možnosti sociální podpory. Růstu psychobiografického modelu napomohl koncept bazální stimulace, jehož autor A. Fröhlich ve svém konceptu využívá efektu senzorických paměťových stop. Myšlenky A. Fröhliche rozvinula Christel Bienstein, která upozorňuje na velký význam biografických údajů, které je nutné zapisovat do dokumentace. Od 90. let 20. stol. je tedy práce s biografií klienta rozvíjena v zemích, kde se hovoří německy a je již zakotvena v zákoně. (Procházková, 2014, s. 17-19 )

Za zakladatele psychobiografického modelu péče, jak již bylo výše zmíněno, je považován Profesor Erwin Böhm. Tento model se používá v celé Evropě a v roce 2012 byl certifikován již stý dům pro seniory, který získal psychobiografickou značku kvality péče a postupně se dále rozšiřuje. V práci s tímto modelem se opíral o myšlenky a učení například S. Freuda, C.G.Junga, A.Adlera, A. Maslowa, C. Rogerse, E. Eriksona, V.E. Frankla a také o učení dalších. (Procházková, 2014, s. 34-35)

## 9.8 Dokumentační systém

Dokumentační systém má v daném zařízení svá opodstatnění. Je velmi důležitý při práci s klientem. Není potřeba měnit stávající systém dokumentace v zařízení, stačí ho jen doplnit tímto systémem. Dokumentace slouží personálu k lepší informovanosti a jakémusi

---

<sup>31</sup> PROCHÁZKOVÁ E. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. Str. 17.

mapování stavu klienta a přístupu k němu. Dokumentace se využívá v sociálních i zdravotnických zařízeních.

Eva Procházková ve své publikaci *Práce s biografií a plány péče* (2014, s. 53-56) zmiňuje tyto druhy dokumentace:

- ❖ **Biografický list** - má danou svou strukturu i posloupnost. Obsahuje základní témata. Jeho vzor je uveden v příloze číslo 13.
- ❖ Velmi užitečný při práci je také **Intervenční list**, který pomáhá pracovníkům při zvládnutí nějaké obtížné situace s klientem. Hledá specifický impuls z biografie klienta a ten se pak asi týden sleduje a následně klíčový pracovník s týmem řeší tyto pozitivní i negativní reakce klienta. Většinou se používá krátkodobě k vyřešení nějakého problému.
- ❖ Do dokumentace se zahrnuje i **Biografický abstrakt (Story biografie)**, který funguje dlouhodobě a je založený na komunikaci s klientem. Story biografie se skládá z konkrétních příběhů klienta. Ty se pak dávají dohromady a podle toho je určen klientův princip normality. Z těchto příběhů se následně vypracuje přístup ke klientovi.
- ❖ Jak jsem se již výše zmiňovala, je potřeba určit stupeň regrese klienta. K tomuto určení slouží **Diferenciálně diagnostický list**. Ten se zaměřuje na osm oblastí, které se hodnotí od jedné do sedmi. Zahrnuje oblast psychomotoriky, emoce, schopnost kontaktu, vůli, orientaci, paměť, formální a obsahové myšlení.
- ❖ **Diagnostický list emocionality klienta** slouží k zjištění problému v emocionální stabilitě klienta ve fázích regrese. Toto skóre vypracované prof. Böhmem je inovační, protože se zaměřuje na emocionální stabilitu klienta a není tam již rozhodující schopnost soběstačnosti a stupeň mobility.
- ❖ **Individuální plán péče** se skládá ze všech informací o klientovi a výsledek slouží jako specializovaná forma péče pro každého klienta podle jeho individuálního plánu.

Böhm (Procházková, 2014 s. 56) označuje diskuzi v týmu „vizitací péče“, kterou vede klíčový pracovník. Je to vlastně takové vyhodnocení, jestli klient zůstává ve stejné fázi regrese nebo se jeho stav lepší. Tímto je jeho model i dokumentační systém novátorský a ojedinělý a velmi přínosný pro geriatrickou péči.

## 10. Individuální plány péče

*„Standardy kvality ukládají poskytovatelům úkol plánovat s uživateli službu. Plánování služby je proces (nejčastěji dialog mezi klíčovým pracovníkem a uživatelem), který obnáší jednak vyhodnocování dosavadního průběhu služby (zda podpora, resp. způsob poskytování služby, naplňuje sjednaný rozsah služeb a potřeby/ cíle uživatele) a jednak dojednávání vhodné podpory v následujícím období. Dojednávání takové podpory, která vychází z očekávání uživatele, jeho potřeb a cílů.“<sup>32</sup>*

V zařízeních pro seniory jsou individuální plány péče nezbytným pomocníkem při práci s klienty. Ovšem i vyhotovení takových plánů péče bývá někdy pro pracovníky v přímé péči docela problém. Někteří pracovníci přímé péče neumějí a ani nevidí smysl v psaní těchto dokumentů. Autorka Hauke (2011, s. 15) zdůrazňuje, že individuální plánování je o způsobu vedení rozhovoru a respektu ke každému klientovi. Je to tedy určitý proces, ve kterém pracovník a klient hledají společně cíl, který bude vést k nějaké změně. Poté, co se klient a pracovník dohodnou na cíli, je třeba se domluvit na postupu, jak se k cíli dojde. Výsledkem tohoto plánování je zpracovaný individuální plán.

*Cíle individuálního plánování:*

- *„Poskytovat sociální službu v co největším zájmu uživatele,*
- *přízpůsobit ji jeho specifickým podmínkám, požadavkům, možnostem a schopnostem, osobním cílům,*
- *zapojit uživatele do procesu plánování i výkonu samotné služby.“<sup>33</sup>*

Důležitou roli v individuálním plánování hraje klíčový pracovník. Je to pracovník v sociálních službách, který je koordinátorem péče a podpory vybraného klienta. Klient se na něj může obrátit s prosbou o pomoc a měl by pro něho být nejbližším pracovníkem. Také je třeba, aby se klíčový pracovník nadále vzdělával a měl možnost účastnit se supervizí. Jeho úkolem je tvořit a přehodnocovat individuální plány, zodpovídat za pravdivě uvedené údaje a seznamovat ostatní zaměstnance s konkrétním plánem. (Hauke, 2011, s. 75-78)

---

<sup>32</sup> KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. Str. 151.

<sup>33</sup> HAUKE, M. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada Publishing, 2011. Str. 16.

PhDr. Eva Procházková (2014, s. 95 - 101) uvádí, že plány péče jsou rozdílné při různých fázích regrese klienta, a proto je nutné podle toho měnit plány péče. Pokud dojde ke změně stavu regrese klienta, pak je nutné tomu přizpůsobit/změnit plán péče. Biografie s plány péče pomáhá vytvořit plány opravdu individuální, kde má klient prostor pro svou autonomii, kde je důležité i nadále žít podle svých zvyků a navyknutého řádu. Práce s klientovou biografií podporuje kvalitu péče na základě jeho autonomie.

*„Využitím souhrnu biografických údajů o seniorovi a zařazených dat do oblasti aktivit denních života, včetně práce s rodokmenem a vztahových vazeb, vzniká nová podkladová rovina pro tvorbu individuálních plánů péče.“<sup>34</sup>*

Individuální plány péče tedy přímo souvisí, řekla bych i doplňují se při péči o seniora. Pro individuální plán je nezbytné znát klientovu biografii a podle toho vytvořit plán, který bude pro každého klienta ušitý přímo na míru a bude odpovídat jeho přáním a potřebám.

---

<sup>34</sup> PROCHÁZKOVÁ, E. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. Str. 101.



## 11. Souvislost biografie s reminiscenční terapií

*„Až jednou, v tom čase posledního osamění, přijde okamžik, kdy zbudeme jen sami sobě, zůstanou s námi jenom naše vzpomínky. Provázejí nás životem jako lipová alej silnici, po níž jsme v dětství chodívali. Jsou to tiší průvodci, kteří nás podpírají, když klopýtáme, dávají nám napít, když žízníme, sytí nás, když hladovíme, zahřívají nás, chvějeme-li se zimou, a dávají stín ve vedřínách“<sup>35</sup>* prof. PhDr. Dušan Šimůnek

Reminiscenční terapie se jinými slovy nazývá vzpomínková terapie nebo i reminiscence. Při práci se seniory je důležité znát jejich životní příběh a podle toho s klienty pracovat. K nalezení zásadních životních událostí nám může pomoci reminiscence. Člověk, který ji vede, nebývá v našich podmínkách terapeut s výcvikem, ale spíše aktivizační pracovník se zaměřením na reminiscenci. Využívá ve své terapii dobové věci, nábytek, knihy, hudbu, fotografie a spoustu dalších impulsů, které klientům připomínají jejich mládí – jejich život. Reminiscenční terapie může probíhat různě, většinou záleží na terapeutovi, jakou metodu si vybere. Většinou je vhodné mít skupinu podobně starých lidí, aby měli obdobné životní mezníky. Terapie se může konat v různých intervalech a pokaždé může být zaměřena na jiné téma, například jak klienti trávili Vánoce v dětství, apod. Reminiscenční terapie není terapií lehkou, někdy se může klient dostat i do témat, které v jeho životě dosud nebyly zpracovány a stále přináší nehezké vzpomínky. Například to mohou být vzpomínky na válku, koncentrační tábor apod. Terapeut by v takovéto chvíli měl vědět, jak s klientem dále pracovat.

Dle Pavla Říčana jsou vzpomínky určitým smířením s tím, co člověk zažil. *„Pro moudré staré lidi se jejich život stává příběhem, jehož hlavní kapitoly byly uzavřeny a je to dobrý příběh.“<sup>36</sup>* Dle autorek knihy Reminiscenční terapie (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 12–14), má vzpomínání různé funkce:

- **Zdůraznění pozitivních stránek osobnosti člověka a zachování sebepojetí** – u klientů by se měly brát v úvahu ty schopnosti, které ještě člověk má, a co dále zvládá. A s tímto cílem by se mělo s klienty pracovat. Díky pozitivnímu přístupu se člověk cítí dobře a váží si sám sebe.

<sup>35</sup> ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, 2011. Str. 7.

<sup>36</sup> ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, 2011. Str. 12. In: ŘÍČAN, P., *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1990, s. 421.

- **Zvýšení pocitu vlastní hodnoty** – člověk vzpomínáním předává své zkušenosti jiným generacím a tím si zvyšuje pocit vlastní hodnoty.
- **Udržení pocitu osobní identity** – každý za svého života zažil nějaké úspěchy, zkušenosti a prožil významné či méně významné momenty života a to vše je nedílnou součástí každého člověka a tím je tvořena i jeho identita.
- **Získání stimulujících a příjemných zkušeností** – mnoho vzpomínek lidem přináší dobrý pocit a radost. Proto i vzpomínání při reminiscenční terapii může klientům působit radost při sdílení společných zážitků.
- **Získávání materiálu pro proces bilancování** – bilancování na sklonku života je nedílnou součástí každého z nás. Starý člověk přemýšlí, co dobrého se mu v životě povedlo, co dokázal nebo naopak, čeho nikdy nedosáhl. Je to jakési utřídění života.
- **Dosažení integrity vlastního života** – starý člověk by se právě měl smířit s tím, jak svůj život prožil, i když ne vše, co chtěl, se mu podařilo.
- **Nabytí nesmrtelnosti** – vzpomínky na nás mohou přesahovat ve vzpomínkách dalších generací a tím může být naplněna jistá touha po nesmrtelnosti.

Tyto funkce reminiscenční terapie jsem zde zařadila proto, aby bylo jasné, jak je pro člověka důležité a potřebné vzpomínat a se vzpomínkami dále pracovat. Myslím si, že vzpomínání má velkou souvislost s Psychobiografickým modelem péče. Už při tvoření biografie klienta je třeba, aby klient zavzpomínal na to, co bylo, jak žil a co bylo pro něj normální. Je důležité, aby si člověk své vzpomínky v sobě utřídil, smířil se s nimi a dosáhl jakéhosi vnitřního klidu a pohody. V tom, i mnohém dalším vidím velkou souvislost reminiscenční terapie a Psychobiografického modelu péče.

V knize *Reminiscence* (Janečková, Vacková, 2010, s. 50 – 53), najdeme kapitolu o uplatnění reminiscence ze strany personálu. Autorky uvádějí, že pečovatel má mít pozitivní přístup ke klientovi a využít všech možností, aby péče byla poskytována, co nejlépe. V pozitivní komunikaci autorky zmiňují několik příkladů komunikace s klientem: mají se společně radovat, ve své práci využít validaci<sup>37</sup>, vřelost a povzbuzovat klienty, aby byli začleněni do kolektivu. Avšak se můžeme setkat i s přístupem opačným, tedy takovým, kdy personál může klienta ponižovat, ignorovat a jinak negativně ovlivňovat. Autorky zde uvádějí některé příklady, které si myslím, že stojí za zmínku v této práci. Personál může s klientem mluvit infantilně – např. říká klientovi „budeme papat, hodná holka“ apod.

---

<sup>37</sup> Validace – „*Principem validace je úcta k člověku s demencí, přijetí a respektování jeho tématu.*“ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. A KOL. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče.* Praha: Grada Publishing, 2009. Str. 96.

Takové zacházení s klientem je dost ponižující a nedůstojné. Personál by si měl uvědomit, že mluví s člověkem, který prožil velkou část svého života a má svou osobní identitu a vůbec není přijatelné, aby takto personál s klienty hovořil. Dalším příkladem, může být ignorování klienta, kdy personál mluví o klientovi před klientem, což je pro člověka dost nepříjemné a nevhodné. Jedním z dalších nevhodných zvyků personálu je přerušování určité činnosti klienta, kdy si např. klient něco hledá a personál je nutně odvede z pokoje, bez možnosti, aby si klient svou činnost dokončil. Je tedy důležité mít na paměti, že by personál měl uvažovat o tom, zdali by jim bylo příjemné takovéto chování, nebo jestli je opravdu nedůstojné člověka. Tyto příklady z publikace *Reminiscence* ukazují, jak je podstatné zamýšlet se i nad maličkostmi, při jednání s klientem. Pak i klient se bude cítit ve své pohodě.

*„Péče orientovaná na člověka nabízí řadu možností jak využít vzpomínky. Základem je umění naslouchat. Pro personál jsou vzpomínky důležitým zdrojem informací o člověku, jemuž poskytují službu. Poznání životního příběhu a společné vzpomínání posiluje vztah mezi pečovatelem a klientem.“<sup>38</sup>*

---

<sup>38</sup> JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Reminiscence – využití vzpomínek v práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. Str. 52.

## **Výzkumné šetření**

### **1. Cíl práce**

Cílem mé diplomové práce je zjistit pomocí dotazníků, přínos a využití Psychobiografického modelu péče prof. Erwina Böhma ve dvou zařízeních. Záměrem je také rozpoznat, co konkrétního přivedlo zařízení k využití tohoto modelu do praxe a jak to nyní funguje.

### **2. Charakteristika zkoumaného vzorku.**

Na podzim roku 2015 jsem kontaktovala několik zařízení pro seniory, kde jsem předpokládala, že pracují s Psychobiografickým modelem péče. Pozitivně mou žádost přijal Domov pro seniory Háje (dále jen DS Háje) a Palata – Domov pro zrakově postižené (dále jen Palata). Oslovila jsem také Domov Sue Ryder, kde bylo mi odpovězeno, že dotazník nelze v jejich zařízení distribuovat, protože v té době ještě s psychobiografickým modelem nepracovali. Respektovala jsem tedy jejich postoj. Nadále jsem spolupracovala pouze s DS Háje a s Palatou, kde mi velmi ochotně se vším pomohli a vyšli vstříc.

Celkový počet dotazovaných pracovníků v zařízeních je 44. Na Palatě vyplnilo dotazník celkem 30 respondentů. Z toho 28 žen a 2 muži. V Domově pro seniory háje dotazník odevzdalo celkem 14 respondentů a z toho 13 žen a 1 muž.

Pracovní zařazení dotazových na Palatě lze rozdělit takto: 3 sociální pracovníci, 13 pracovníků v přímé péči, 3 zdravotní sestry, 1 zdravotní bratr, 1 fyzioterapeut, 78 aktivizačních pracovníků, 1 manažer kvality a 1 fundraiser. V Domově pro seniory Háje lze pracovníky podle dotazníků rozdělit takto: 8 pracovníků v přímé péči, 2 sociální pracovníci, 3 aktivizační pracovníci a jedna zdravotní sestra.

### **3. Metody výzkumu**

Jako výzkumnou metodu jsem použila dotazník pro pracovníky v daných zařízeních a krátký informativní rozhovor na Palatě s manažerkou kvality a v DS Háje s vedoucí ošetrovatelského úseku. Tento výzkum považují spíše za kvalitativní, nešlo mi o velký počet respondentů, ale o pravdivé zjištění, jak je tento model využíván v praxi. Ukázka

dotazníku se nachází v příloze č. 14. Pro názorný příklad jsem také využila ukázky dvou zpracovaných biografií.

Dotazník jsem rozdělila do 16 otázek, kdy úvodní otázky odpovídají na všeobecné dotazy týkající se pohlaví, vzdělání, pracovního zařazení a dalšího vzdělávání. Další část dotazníků se již podrobněji věnuje psychobiografickému modelu péče.

Jako další výzkumnou metodu jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, kdy jsem si připravila sedm otázek týkajících se modelu péče spíše ze strany organizace a způsoby uvedení do praxe.

## 4. Formulace HVO a předpokladů

Hlavní výzkumná otázka (dále jen HVO): *Pracovníci v sociálních službách s kurzem Psychobiografického modelu péče mají pozitivní postoj k poskytované péči a předpokládají, že využití modelu má pozitivní vliv na život klienta v zařízení.*

Rozebrání HVO:

**Pracovník v sociálních službách** – „Pracovníci, kteří vykonávají v oblasti sociálních služeb odbornou činnost, jsou definováni citovaným zákonem č. 108/2006 Sb.“<sup>39</sup>

**Kurz** – je možné definovat jako: „školení, výuku, vzdělávání nebo zdokonalování“<sup>40</sup>

**Psychobiografický model péče** – „Psychobiografický model je zaměřen na psychiku klienta a jeho psychické potřeby. Pomáhá člověku, který prochází fází stáří, prožívat pocity pohody.“<sup>41</sup>

**Postoj** – „Pojem postoj, jak jsme již uvedli, autoři používají k označení emociální přitažlivosti nebo odpudivosti objektu pro danou osobu.“<sup>42</sup>

**Péče** – definovala bych ji jako ošetrovatelský postup, kdy se někdo stará v různých oblastech o druhé. (Vytejková a kol., 2011)

**Pozitivní vliv** – dá se jinak vyjádřit slovy: „pozitivní účinek, význam, dopad.“<sup>43</sup>

---

<sup>39</sup> MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. Str. 86.

<sup>40</sup> <http://www.slovník-synonym.cz/web.php/slovo/skoleni> (Online 11. 4. 2016)

<sup>41</sup> <http://www.ebinbio.cz/teorie-pbm/> (Online 11. 4. 2016)

<sup>42</sup> VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie. 2., přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing, 2008. Str. 133.

Vytvořila jsem si hlavní výzkumnou otázku, která by měla být chápána jako cíl výzkumu.

Před tím, než jsem výzkum provedla, jsem si zvolila několik předpokladů, které by měl tento výzkum potvrdit či vyvrátit.

1. Předpokládám, že v zařízeních pracuje více žen než mužů.
2. Předpokládám, že v oblasti pracovníků přímé péče je více pracovníků, kteří mají pouze rekvalifikační kurz než odborné vzdělání v sociální péči.
3. Předpokládám, že se pracovníci v zařízeních dále vzdělávají pomocí různých kvalifikačních kurzů.
4. Předpokládám, že pracovníci vnímají rozdílnost poskytované služby bez využití modelu a s jeho využitím.
5. Předpokládám, že pracovníci v tomto modelu vidí spíše přínos než negativní ohodnocení.

## **5. Metodika sběru dat**

Data jsem sbírala osobně nejdříve v DS Háje, kde jsem poprosila vedoucí ošetrovatelského úseku, aby dotazníky v zařízení rozdala. Také na Palatě jsem poprosila manažerku kvality, která velmi ochotně dotazníky rozdala. Po nějaké době jsem si dotazníky vyzvedla. Obdobně to bylo i s rozhovory. Na Palatě jsem se předem domluvila na termínu a rozhovor jsem po svolení nahrávala na diktafon. V DS Háje vedoucí sociálního úseku upřednostnila odpovědi na otázky psanou formou.

## **6. Charakteristika navštívených zařízení**

### **Domov pro zrakově postižené Palata**

Domov Palata sídlí na adrese Na Hřebenkách 737/5, Praha 5 – Smíchov a nachází na velmi pěkném místě. Byl postaven v roce 1893, ale o postavení „zaopatřovacího ústavu pro slepce neschopné výdělků a vzdělání“ se začalo uvažovat už na valné hromadě Spolku České spořitelny Böhmische Sparkasse dne 25.11.1888 k čtyřicátému výročí vlády císaře Františka Josefa I.. V zimě mezi roky 1892-1893 byla postavena novorenesanční budova

---

<sup>43</sup> [http://www.slovník-synonym.cz/web.php/hledat?typ\\_hledani=prefix&typ\\_hledani=prefix&cizi\\_slovo=vliv](http://www.slovník-synonym.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&typ_hledani=prefix&cizi_slovo=vliv)  
(Online 11. 4. 2016)

Francisca Josephina, jejímž autorem byl Alois Elhenický. S nástupem Československé republiky byl odstraněn název Francisco Josephinum. Do roku 1989 proběhla na Palatě spousta změn, kdy například v roce 1941 se stěhovalo asi 70 nevidomých do jiné části Prahy. Po roce 1989 se stává příspěvkovou organizací Magistrátu Hlavního města Prahy a získává dnešní název Domov pro zrakově postižené Palata. Po roce 1990 se Palata začíná rekonstruovat. V roce 2008 slavila Palata své sté dvacáté výročí a změnila svůj půdorys ze tvaru E do hranaté osmičky. Palata také nabízí pro své klienty rozsáhlý rehabilitační komplex, kde je např. tělocvična, vodoléčba, elektroléčba aj. Také poskytuje svým klientům bohatou nabídku aktivizačních služeb, například trénování paměti, posezení u kávy, arteterapii, keramiku, muzikoterapii, taneční terapii i canisterapii. Velmi pěkný je rozsáhlý park, který mohou klienti využít nejen k procházkám, ale i k procvičení motoriky na cvičebních strojích. (Dostupné z: <http://palata.cz/o-palate/> Online 27. 3. 2016)

Pro lepší představení Palaty jsem zhotovila fotografie, které dokreslují celé prostředí. K fotografování mám písemný souhlas ze zařízení. Fotografie jsou umístěny v přílohách této práce – Příloha č. 1 – Fotografie Palaty, příloha č. 2 – společenská místnost, příloha č. 3 – dobová zákoutí, příloha č. 4 - orientační prvek pro klienty umístěný na chodbě a příloha č. 5 – králíček, který volně žije ve společenské místnosti, a využívá se k petterapii. Všechna zákoutí a dobové prvky jsou na Palatě vkusně umístěny a jsou plně k dispozici klientům, neslouží tedy jen „na okrasu“, ale k běžnému užívání ze strany klientů. Mezi zákoutími nalezneme knihovnu, jakousi pracovnu, kde je možnost si zahrát šachy, koutek pro ženy, kde je umístěno zrcadlo a také kávový stolek. Dále je zde zákoutí pro cestovatele ale i pro vnoučata (nebo jiné děti).

## **Domov pro seniory Háje**

Domov pro seniory Háje se nachází na adrese K Milíčovu 734/1, 149 00 Praha 4 – Háje. A nabízí velké množství aktivizačních technik pro své klienty. Například kondiční cvičení a trénink paměti, literárně-dramatický klub, keramický klub, klub společenských her, sportovní klub „Míčoviny“, kulinářský klub, filmový klub, cestovatelský klub, sborový zpěv a mnoho dalších. (Dostupné z <http://www.dshaje.cz/sluzby/domov-pro-senioru/> Online 27. 3. 2016)

K seznámení s DS Háje nám poslouží fotografie umístěné v přílohách této práce. V příloze č. 6 se nachází fotografie ukazující budovu domova pro seniory. Příloha č. 7 prezentuje místnost, kde funguje stacionář a příloha č. 8 nám představuje kocoura, který

obdobně jako na Palatě králíček, obývá stacionář a dělá radost klientům. Příloha č. 9 ukazuje koutek, kde je zavedena multisenzorická péče. V příloze č. 10 nalezneme fotografii reminiscenční místnosti a v příloze č. 11 dobové informace, které jsou umístěné na chodbách v DS Háje.

## **7. Metoda vyhodnocení dat**

Data, která jsem získala, pro přehlednost uvádím v grafech nebo tabulkách zpracovaných pomocí programu Microsoft Office Word a Excel 2007. Postupně vyhodnocuji každou otázku z obou zařízení. Pod každým grafem uvedu stručný popis.

## **8. Instrument**

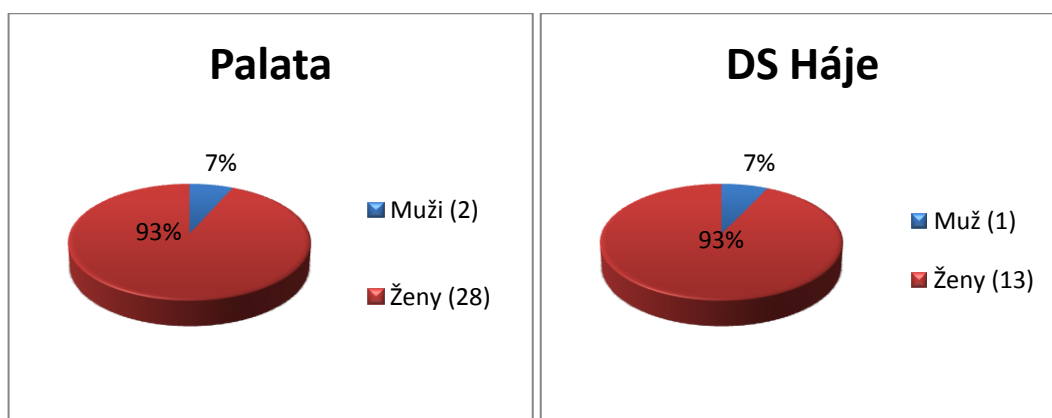
Jak jsem již výše několikrát zmínila, jako výzkumnou metodu jsem nejdříve zvolila dotazník pro pracovníky v daném zařízení. Využila jsem otevřené i uzavřené otázky. Pro přehlednost zde uvádím položené otázky. Celý dotazník, ve formě, v jaké byl předkládán, je umístěn v příloze č. 14 této práce.

1. Pohlaví
2. Pracovní zařazení
3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání
4. Vzděláváte se dále v oblasti péče o seniory? Pokud ano, jaké jste absolvoval/a vzdělávací kurzy?
5. Jste absolventem kurzu Psychobiografického modelu péče?
6. Jaký je Váš názor na využití Psychobiografického modelu péče v práci se seniory?
7. Co vnímáte jako hlavní úkol Psychobiografického modelu péče?
8. Pokud máte tento kurz, jak dlouho s tímto modelem péče již pracujete?
9. Co konkrétně hodnotíte jako nejvíce přínosné pro klienty?
10. Co konkrétně by se dalo v oblasti práce s tímto modelem ještě vylepšit?
11. Jak hodnotíte kvalitu péče o seniory ve Vašem zařízení?
12. Vnímáte nějaké rozdíly v kvalitě poskytované péče s využitím modelu a bez něj?  
Jsou zde patrné nějaké rozdíly při poskytování péče?
13. Jaký vliv má tento model na život klienta v zařízení?
14. Pracujete s dokumentačním systémem modelu?
15. Jaké využíváte podklady pro tvorbu individuálního plánu péče?
16. Je ještě něco, co byste rádi k tomuto tématu sdělili?



## 8.1. Vyhodnocení dotazníků

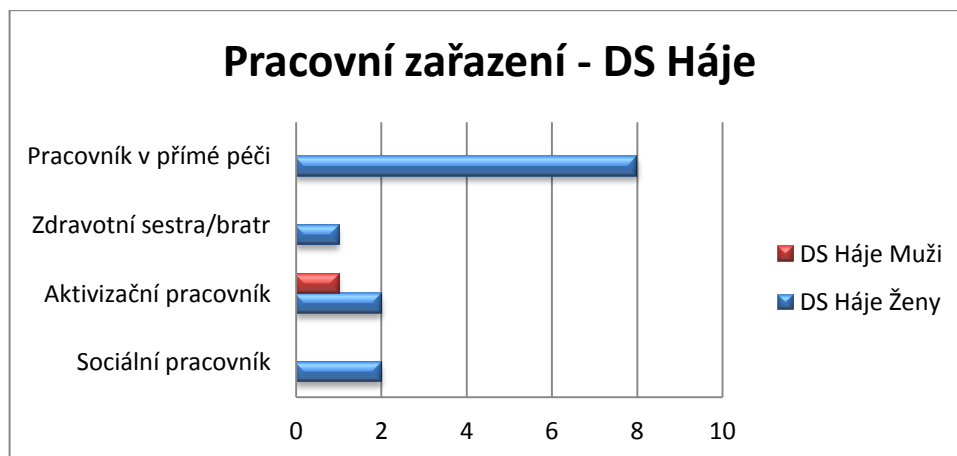
### Otázka č. 1: Pohlaví



V první otázce jsem se respondentů ptala na pohlaví, abych měla přehled, jaký je poměr mužů a žen na pracovišti. Jak vidíme na obou grafech, tak převažují ženy, což se dá v této oblasti předpokládat. Tyto informace však nevypovídají o celkovém poměru mužů a žen na pracovišti, je to pouze poměr těch, kdo dotazník vyplnili a odevzdali.

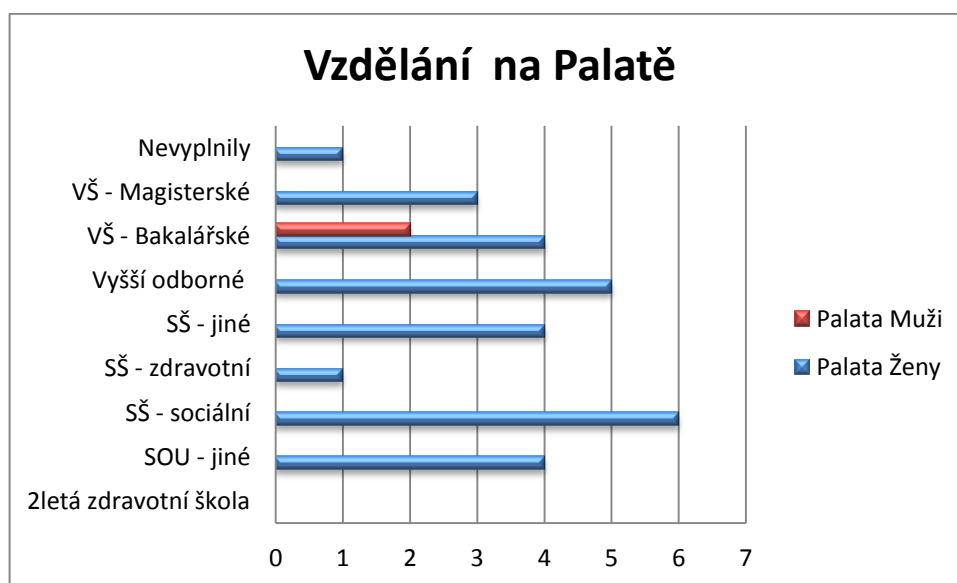
### Otázka č. 2: Pracovní zařazení





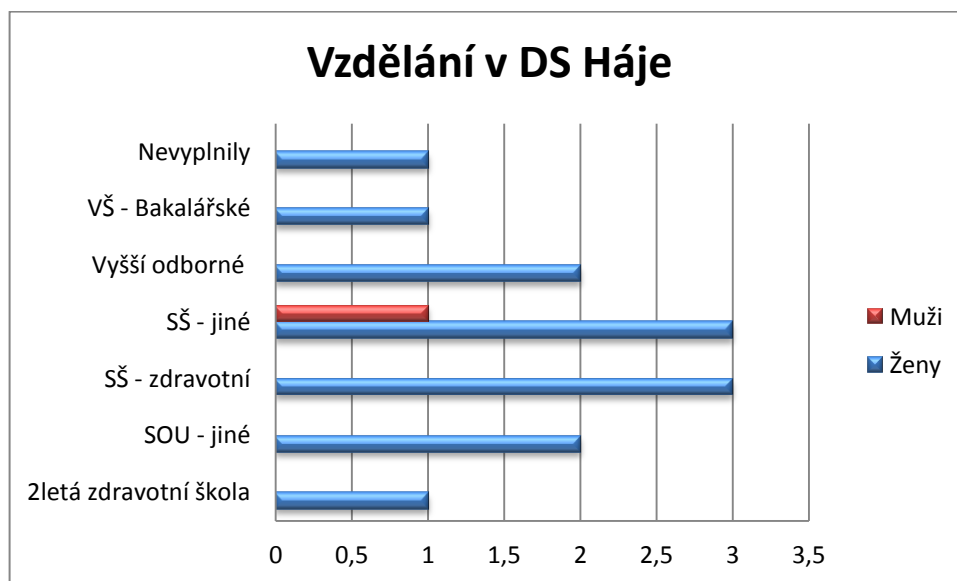
Pracovní zařazení dotazovaných jsem rozdělila do výše uvedených tabulek. Zde vidíme, že na dotazníky odpovídali více pracovníci v přímé péči než ostatní. V poměrně nevelkém počtu odpovídali i aktivizační a sociální pracovníci.

### Otázka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání



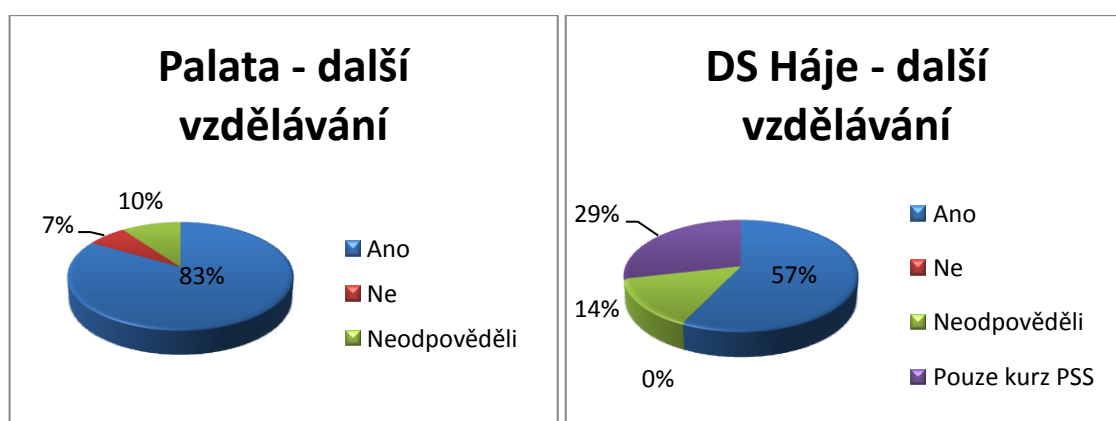
Na otázku nejvyššího dosaženého vzdělání odpověděli téměř všichni, až na jednu ženu. Překvapil mě celkový počet vysokoškolsky vzdělaných na Palatě. Vysokou školu zakončenou bakalářskou státní zkouškou mají na Palatě čtyři ženy a dva muži. Magisterského vzdělání dosáhly tři ženy. Na druhé straně mě také překvapil počet jinak než sociálně (zdravotně) vzdělaných. U respondentů, kteří napsali, že mají střední odborné učiliště jiného typu, se objevily obory jako polygrafie, ekonomika, pánská krejčovská, kuchař-číšník a hodinář. U středních škol jiného typu se objevilo vzdělání v oboru

strojírenství a oděvní průmysl. Předpokládám tedy, že tyto pracovníci mají kurz pracovníka v sociálních službách.



V Domově pro seniory Háje má pouze jedna respondentka vysokoškolské vzdělání bakalářského typu a pouze tři dotázané mají středoškolské vzdělání zdravotní. Žádný z dotázaných nemá střední školu s maturitou v oboru sociální péče. Avšak jiné než sociální vzdělání má 6 respondentů – 3 odborná učiliště a 3 střední odbornou školu. V odpovědích se objevila povolání jako vyučený ekonom, kuchař a jiná.

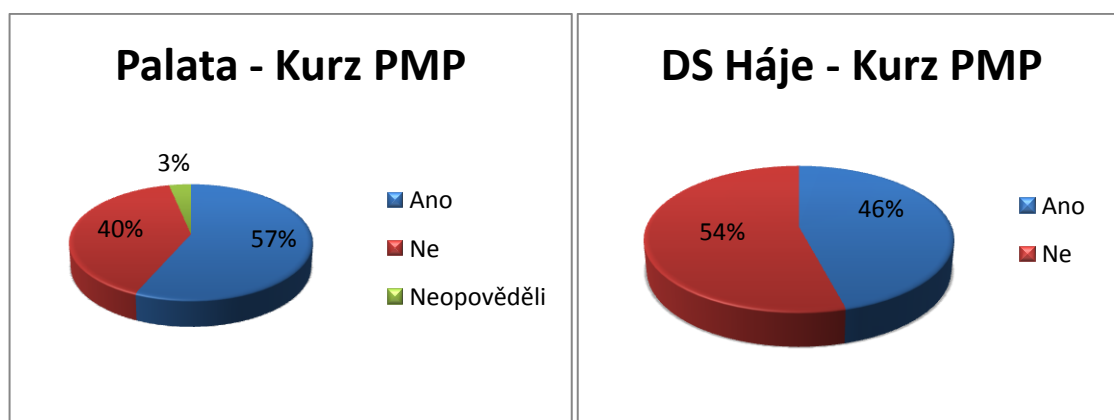
#### Otázka č. 4: Další vzdělávání v oblasti péče o seniory



Jak z uvedených grafů vyplývá, většina pracovníků se v této oblasti dále vzdělává. Na Palatě je to celkem dvacet tři žen a dva muži. Zatím se nevzdělávají dva respondenti. Mezi uvedenými kurzy byly například kurzy bazální stimulace, kinestetiky, kurze

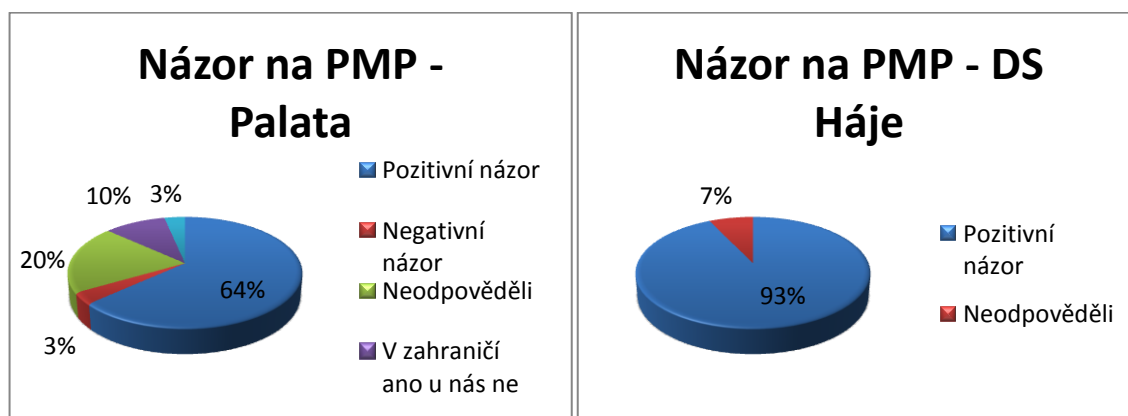
„Dementia v obrazech“, kurzy k individuálnímu plánování, kurz „Gerontooblek“ a mnoho dalších. V Domově pro seniory Háje se dále vzdělává osm pracovníků, z toho sedm žen a jeden muž. Z odpovědí, které se vyskytly u respondentů z DS Háje, mohu jmenovat tyto kurzy: paliativní péče, individuální plánování, první pomoc a komunikace s klientem. Z výzkumu vyplývá, že respondenti na Palatě se více vzdělávají v oboru.

#### Otázka č. 5: Absolvovali jste kurz Psychobiografického modelu péče?



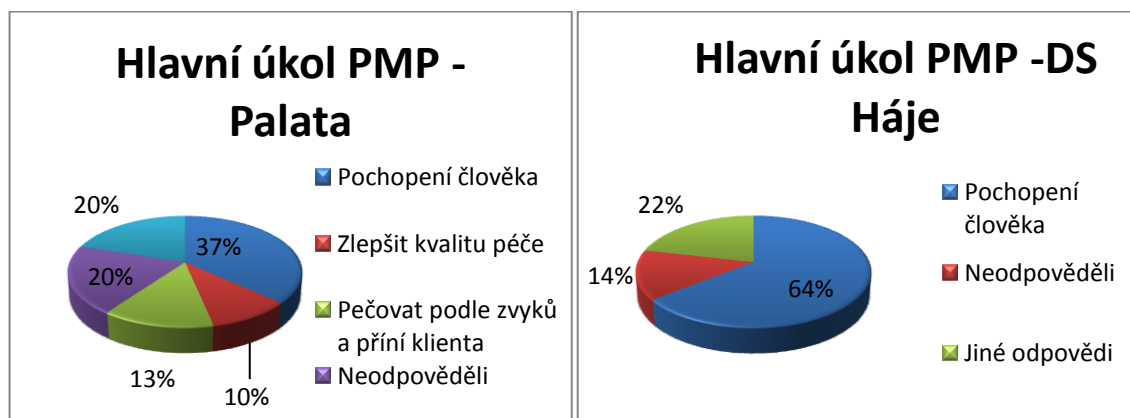
Na Palatě má z dotázaných kurz Psychobiografického modelu péče 57% respondentů a 40% zatím kurz nemá. Ostatní respondenti na otázku neodpověděli. V Domově pro seniory Háje větší počet dotázaných kurz zatím nemá absolvovaný. Při vyhodnocování dotazníků jsem zjistila, že tato otázka nebyla vhodně položena. Měla jsem ji formulovat do typů kurzů k Psychobiografickému modelu, jako např. Práce s biografií klienta nebo Informační seminář k Psychobiografickému modelu péče aj.

#### Otázka č. 6: Váš osobní názor na tento model péče



V DS Háje i na Palatě respondenti pozitivně hodnotí tento model péče v praxi. Na Palatě však 20% respondentů na tuto otázku neodpovědělo. A pouhá 3% se s tímto modelem neztotožňují. Jako příklad bych uvedla odpověď pracovnice přímé péče: „*Jakýkoli způsob péče, který nahlíží na člověka, jako na ucelenou bytost s nějakou přítomností, ale i s nějakou minulostí, která se téměř vždy odráží v přítomnosti, je podle mého názoru přínosný.*“ Vyskytly se i odlišné odpovědi, které směřovaly k tomu, že v České republice je tento model málo uplatnitelný a je spíše využitelný v zahraničí, což si myslí 10% dotázaných na Palatě. Jak jsem již výše zmínila, v DS Háje většina hodnotí tento model jako přínos pro práci se seniory, pro příklad bych také uvedla jednu z odpovědí pracovnice přímé péče: „Dobrý, v rámci vypracování biografie se o klientech dozvíme spoustu informací.“ Což následně umožňuje pracovníkům s klienty lépe pracovat. Myslím si, že tyto i ostatní odpovědi dokazují, že tento model péče má smysl a je dobré s ním pracovat a využívat jej.

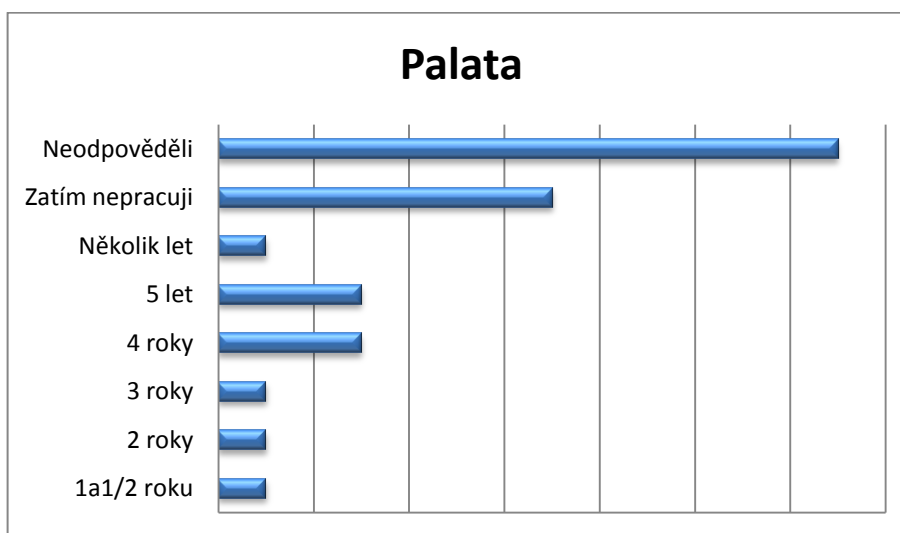
#### Otázka č. 7: Hlavní úkol Psychobiografického modelu péče



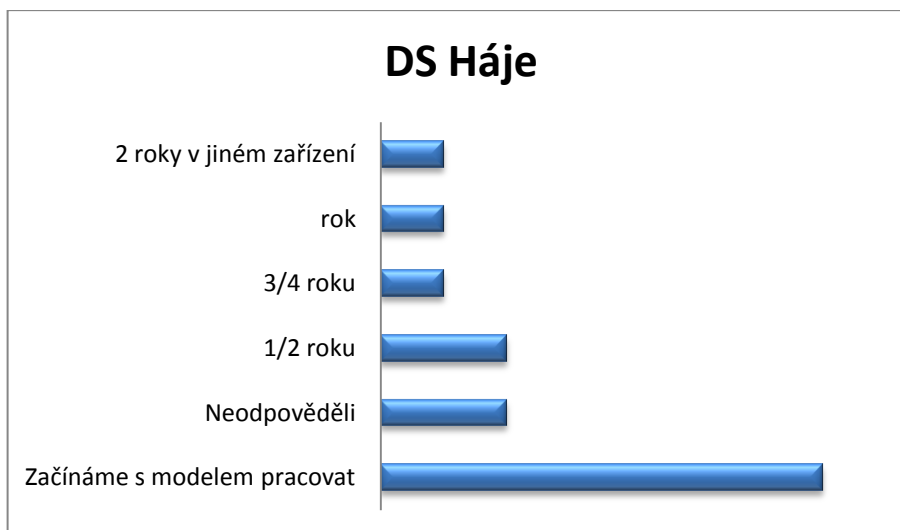
Tuto otázku jsem do svého dotazníku použila proto, abych zjistila, jak respondenti vnímají hlavní úkol tohoto modelu. Na tuto otázku měli pracovníci více prostoru pro odpovědi. Odpovědi jsem shrnula do několika oblastí. Nejvíce dotazovaných si myslí, že hlavním úkolem je pochopení člověka, porozumění a poznání. 10% respondentů si na Palatě myslí, že hlavním úkolem je zlepšit kvalitu poskytované péče a 13% se domnívá, že hlavním úkolem je pečovat o klienta podle jeho zvyků a přání. Jednou z odpovědí, která stojí za zmínku je tato odpověď pracovnice přímé péče z Palaty: „*Cílem v práci s biografií, je porozumění životní historii klienta. Teprve na základě tohoto lidského porozumění je*

*možné poskytovat adekvátní služby a individualizovanou péči seniorovi s úctou a respektem k důstojné hodnotě stáří.*“ Do oblasti jiné odpovědi jsem zařadila: hlavní úkol psychobiografického modelu péče - lépe se vyrovnat s novým prostředím, zpříjemnění pobytu, vzdělávat personál, vytvořit životní příběh klienta a správná pomoc klientovi.

#### **Otázka č. 8: Jak dlouho s modelem pracujete?**

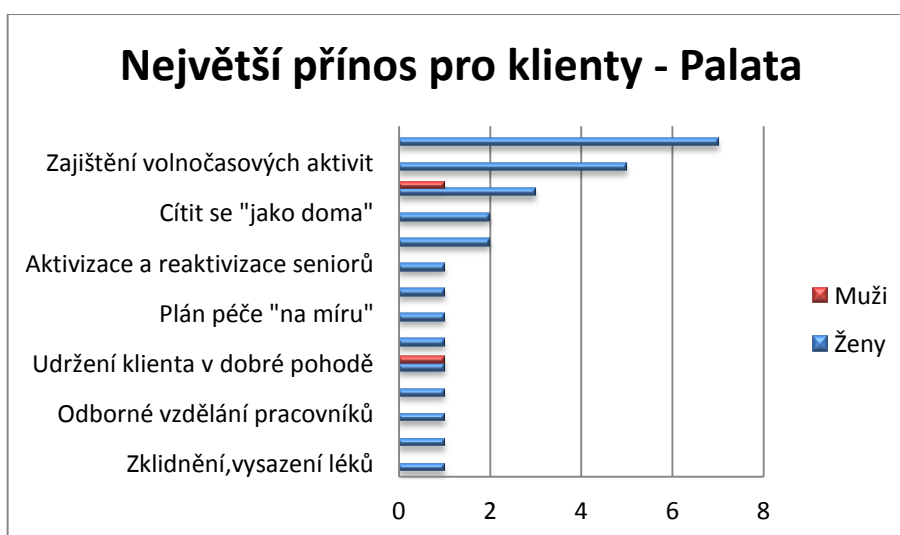


Odpovědi na tuto otázku byly překvapivé. Celkem 13 respondentů (44%) na Palatě na tuto otázku neodpovědělo. Zajímalo by mě, jestli byla špatně položená, nebo jestli odpovědět nechtěli. Možná jsem v této otázce měla zvolit spíše zaškrtačací odpověď, kde by se každý našel. Avšak 3 dotázaní (10%) s tímto modelem pracují již 5 let a někteří 4 roky (10%), což si myslím, je dostatečně dlouhá doba. Z toho usuzuji, že práce s tímto modelem je již na některých odděleních Palaty využívána. Celkem 23% dotázaných s modelem zatím nepracují. Při použití slova „zatím“ předpokládám, že se v modelu školí a postupně začnou i oni s tímto modelem pracovat. Ostatní dotázaní pracují s modelem 3 roky (3%), 2 roky (3%) a 1,5 roku (4%). V této otázce můžeme vidět, jak se postupně školí pracovníci a začínají jej využívat v praxi.



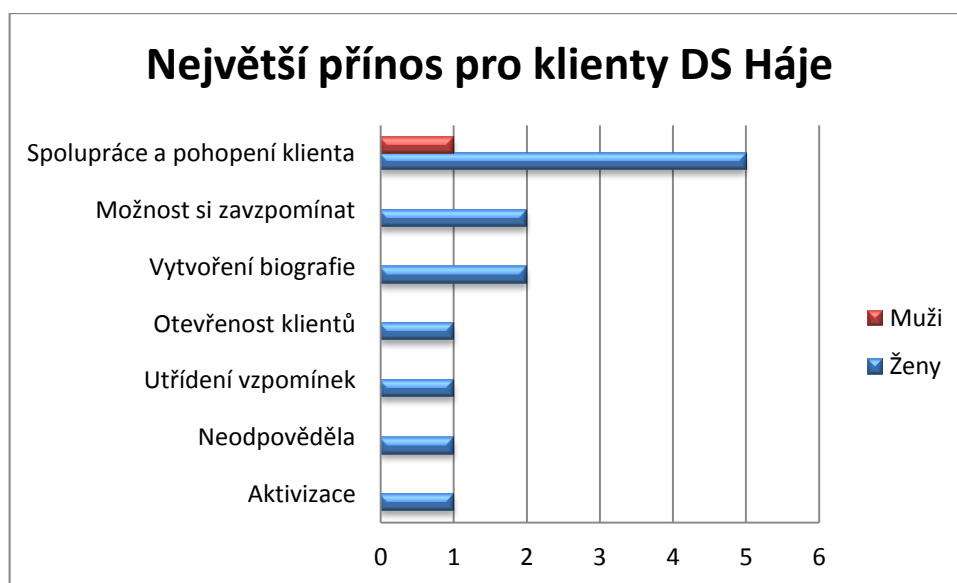
Tuto otázku jsem nejspíš položila nešikovně, myslela jsem, jak dlouho pracovníci přímo využívají tento model péče při své práci. Kdybych nedělala ještě rozhovor s vedoucí sociálních pracovníků, nezjistila bych, že s tímto modelem se zatím naplno nepracuje, jsou zde na začátku. Pracovníci, kteří odpověděli nějakou dobu, nejspíš předpokládali, že začátek jejich práce s modelem začal úvodním kurzem PMP. V DS Háje se s modelem se teprve začíná, což respondenti v odpovědích uvedli (50%).

#### Otázka č. 9: Co hodnotíte jako nejvíce přínosné pro klienty?



Celkem sedm respondentů (25%) na Palatě na tuto otázku neodpovědělo. Všechno byly ženy a to pracovnice přímé péče. I u této otázky by mě zajímal důvod toho, proč tolik dotazovaných neodpovědělo. Možná dotazník vyplňovaly v časovém presu nebo to byla

příliš složitá otázka. Za zmínku stojí odpověď pracovníce přímé péče: „*Model péče umožňuje aktivizaci a reaktivizaci seniorů se zaměřením na jejich zachovalé schopnosti a dovednosti, s využitím práce s biografií, která podporuje psychickou stabilitu a pocit pohody klientů se symptomy demence.*“ Podle mého názoru je tento model jako celek velmi přínosný pro klienty. V naší péči přináší spoustu inovací a zlepšení celkové kvality péče a individuálnější přístup ke klientům. Jako přínosy uvedli dotazovaní tyto: zajištění volnočasových aktivit (18%), individuální přístup (11%), klienti se více cítí jako doma (7%), více se přiblížíme jejich psychice (7%), je možné využít principu aktivizace a reaktivizace klientů (4%), klienti mají možnost vypovědět svůj životní příběh (4%), plán péče může být sestaven přímo „na míru“ klientovi (4%), zlepšení celkové péče (4%), udržení klienta v dobré pohodě (4%) a pochopení klienta (4%). Mezi velký přínos pro klienty je uvedena (3%) důležitost odborného vzdělání pracovníků, lepší přístup pracovníků (3%) a zklidnění klienta a následné vysazení léků (3%).

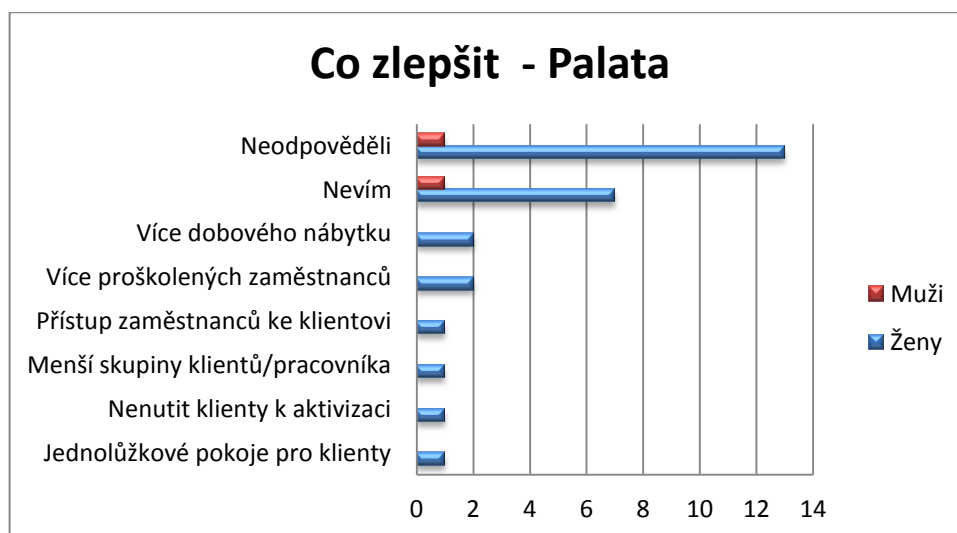


V DS Háje všichni respondenti až na jednoho odpověděli. Byly zde velmi hezké a podrobné odpovědi, za zmínku stojí tyto: možnost spolupráce a pochopení klienta (38%), možnost klienta si znovu zavzpomínat (15%), vytvořit si biografii (15%), klienti se více otevrou se svou minulostí (8%), aktivizace (8%) a utřídění vzpomínek (8%) na což klienti velmi pozitivně reagují. Opět bych citovala jednu zajímavou odpověď, která se týká pochopení klienta: „*Projevený zájem o ně, možnost, aby pokračovali ve svých zvycích, třeba i s naší malou podporou a pomocí nebudou ležet na pokoji a přemýšlet o tom, jak jsou nemocní, staří a neschopní.*“ I v této odpovědi vidíme přínos tohoto modelu péče.

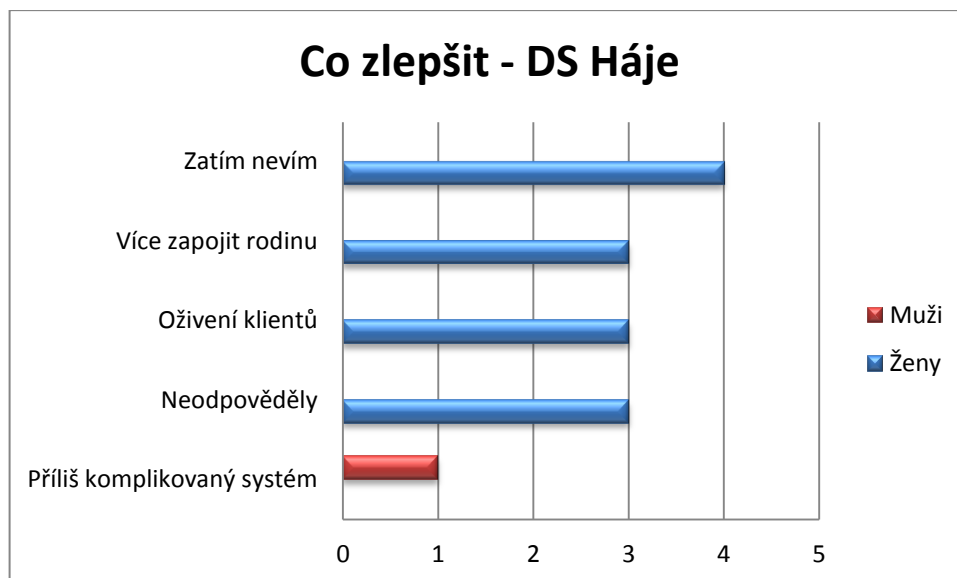


Klient bude aktivizovaný a nebude se cítit sám, i to je cílem PMP. Jedna dotazovaná na tuto otázku neodpověděla.

#### Otázka č. 10: Co by se dalo v modelu ještě vylepšit?

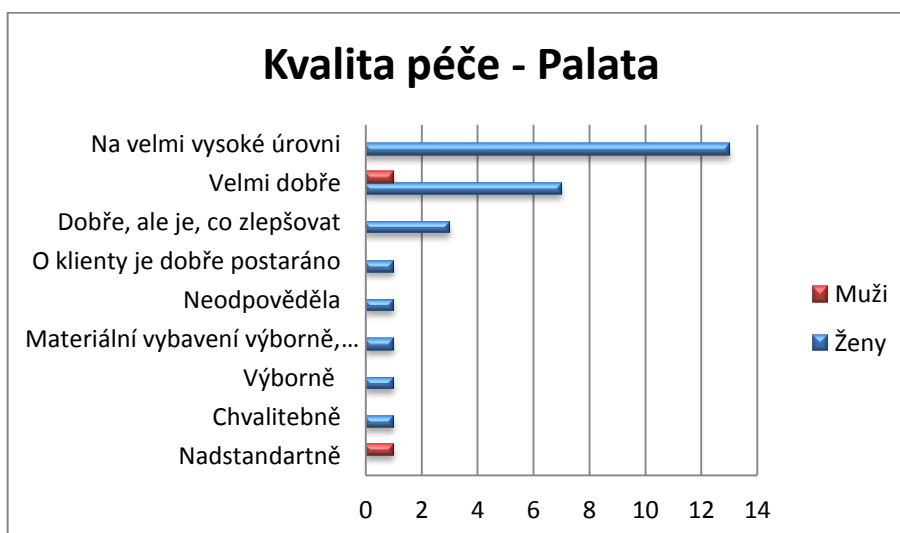


Na Palatě celkem 13 pracovníků (46%), na tuto otázku neodpovědělo. Nabízí se vysvětlení, že na modelu není již co zlepšovat nebo že pracovníci na tuto otázku odpovědět nechtěli. Také 25% dotazovaných neví, co by se dalo v práci s tímto modelem zlepšit. V ostatních odpovědích by se dle respondentů mohl například zlepšit celkový přístup zaměstnanců ke klientům (4%), více proškolených zaměstnanců (7%) a doplnit dobový nábytek do pokojů klientů (7%). Zaujala mě odpověď, kterou jsem nazvala „Nenutit klienty k aktivizaci“, kde dotazovaná psala, že při denním centru jsou přítomni při aktivizaci i klienti, kteří by tam být nechtěli. Tato odpověď je také celkem sporná. Pokud klient opravdu někde být nechce, neměli bychom ho nutit, avšak pokud tráví celé dny jen na pokoji na lůžku, tak aktivizace, která jej může zaujmout, má smysl. Určitě každý klient si na Palatě najde svou oblast zájmu. Palata nabízí velké množství různých aktivizačních technik.



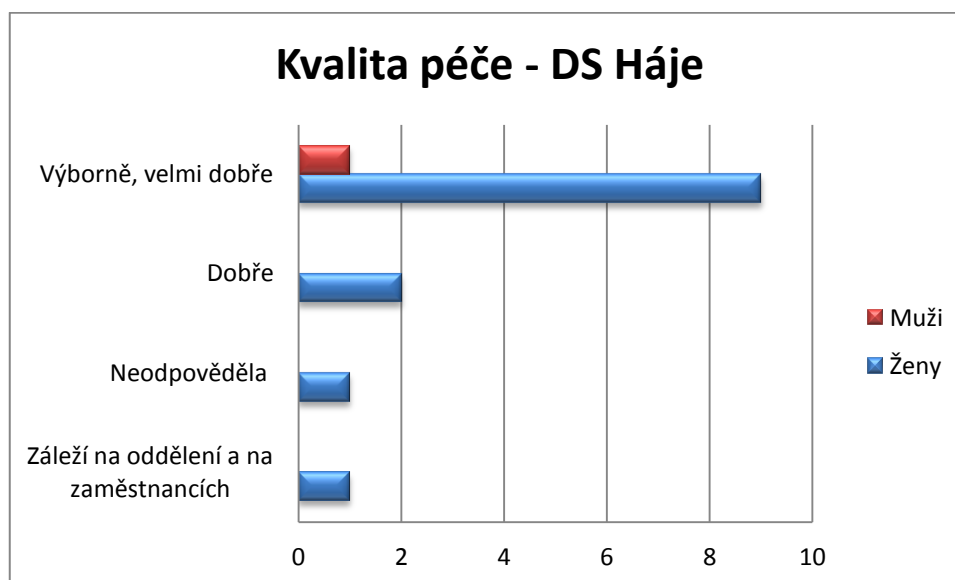
Respondenti z Domova pro seniory Háje pro možnosti zlepšení modelu uvedli více zapojit rodinu do péče (23 %), oživení klientů (23%) a zlepšit příliš komplikovaný systém, což si pod tím můžeme představit mnoho věcí, dotazovaný však k tomu více nenapsal. Čtyři dotazovaní nevěděli (31%), co by bylo potřeba zlepšit, a tři dotazované (23%) na tuto otázku neodpověděly.

#### Otázka č. 11: Jak hodnotíte kvalitu péče ve Vašem zařízení?



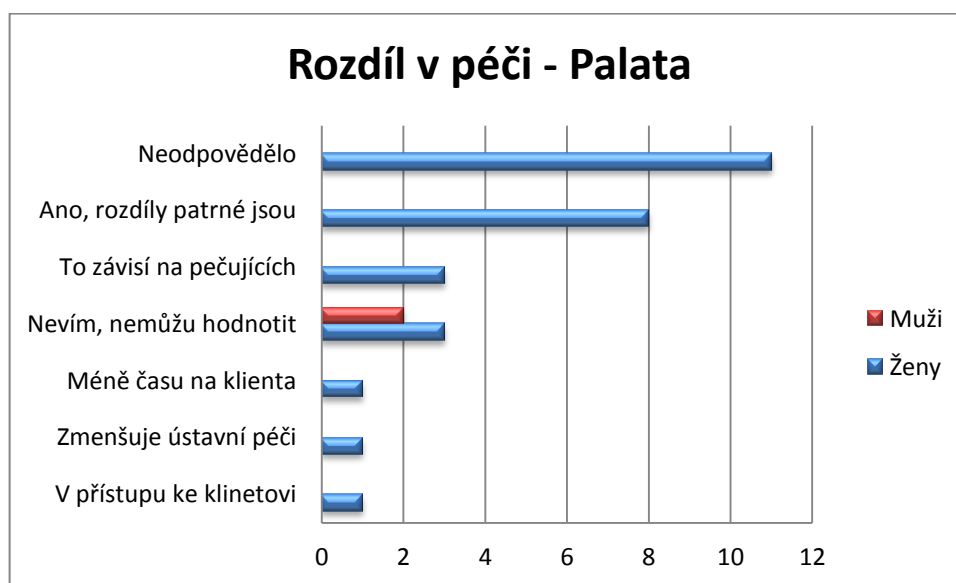
Na tuto otázku většina respondentů odpověděla buď velmi dobře (25%), na velmi vysoké úrovni (46%) nebo nadstandardně, s čímž musím jen souhlasit. Kvalita péče na Palatě je dle mého názoru opravdu na velmi vysoké úrovni. 11% dotazovaných uvedlo, že

je kvalita dobrá, ale že je stále co zlepšovat. Ostatní odpovědi se týkali pouze jednoho pracovníka. Pozoruhodná se i jeví tato odpověď: „*Materiální vybavení (prostředí, typ ubytování, atd.) výborné. Chování některého personálu strašné*“ Nevím, jak si tuto odpověď vyložit, dotazovaná dále nespecifikovala, jestli má na mysli chování personálu navzájem nebo ke klientům. Bylo by dobré o tomto zjistit více, protože v jiných dotazech se otázka chování personálu také několikrát objevila. „*Kvalita je dobrá. Všichni se snažíme, aby byli klienti hlavně v čistotě a aby se cítili dobře a byli v dobré náladě a pohodě. Bohužel ne vždy se to podaří, a ne vždy je dostatek času, který by klienti potřebovali a chtěli.*“ Tato odpověď naznačuje problém, který je ve většině zařízení a to nedostatek potřebného personálu a možnost klientovi věnovat co nejvíce času. Avšak i přesto respondent hodnotí kvalitu péče dobře.

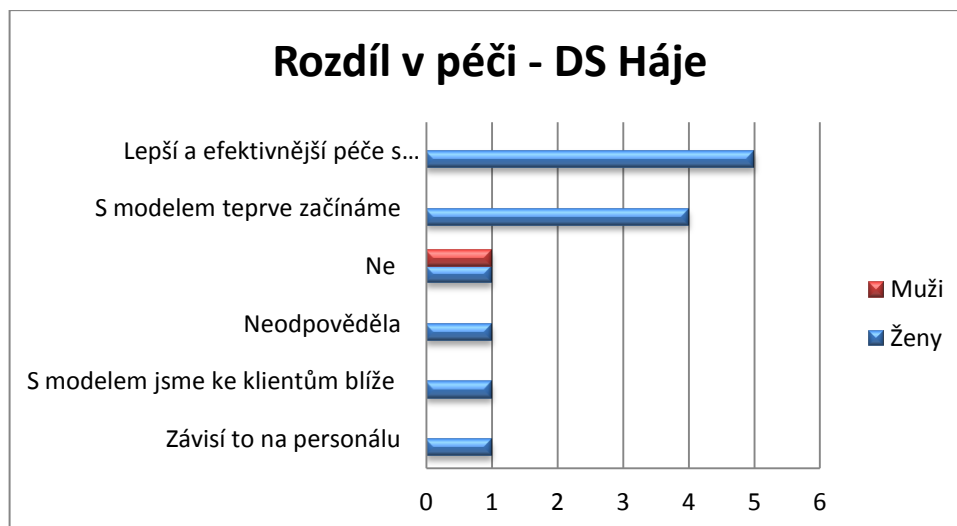


Kvalita péče v DS Háje je dle pracovníků na výborné úrovni (69%), další hodnotí kvalitu jako dobrou (15%). Jedna dotazovaná na otázku neodpověděla a pouze jedna odpověď se od ostatních lišila: „*Je rozdílná podle toho, na kterém oddělení jsem. Takže mám-li být upřímná, někde je lepší 2 a někde bohužel 4 na stupnici 1 – 5. Záleží také na tom, kdo je momentálně ve službě (bohužel).*“ Tato odpověď je podobná té z Palaty, domnívám se, že vždy se v personálu najde někdo, kdo k této práci nemá žádný vztah ani cit, což je také následně vidět na poskytované péči klientovi.

### Otázka č. 12: Rozdíly v poskytované péči s využitím modelu a bez něj.

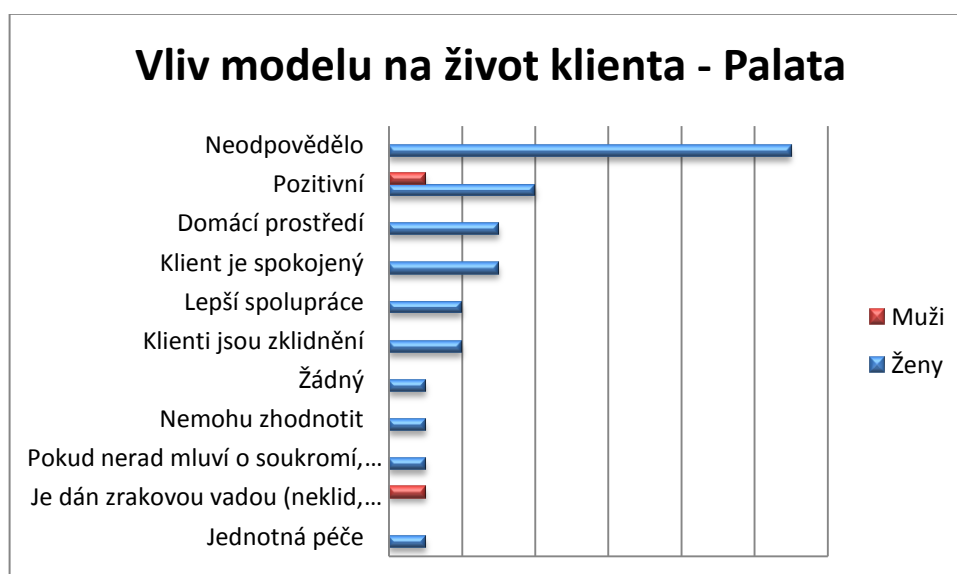


Rozdíly v poskytované péči, dle rozdaných dotazníků, ukazují, že na Palatě patrné jsou (29%), v odpovědích se objevilo: klienti jsou spokojenější, klidnější, je více využíván individuální přístup, personál získává jiný pohled na klienty atp. Opět velké procento respondentů na otázku neodpovědělo (39%). Rozdíl v péči dotazovaní vnímají i v případě, kdo právě o klienty pečuje (11%) a stejný počet neví a nemůže zhodnotit (11%). Zajímavé se mi jeví tyto dvě odpovědi: „*Práce s biografií nám pomáhá porozumět změněným způsobům v chování klienta, ale také porozumět jeho životním etapám, které se hluboko a emočně otiskly v paměťových stopách klienta a silně ovlivňují jeho jednání. Získané informace z biografie jsou podkladovým materiálem pro využití ošetrovatelského modelu prof. Erwina Böhma.*“ Další z dotazovaných má k modelu spíše negativní postoj: „*Jsou patrné rozdíly – méně času a prostoru na biologické uspokojování potřeb klientů*“. Tím dotazovaná nejspíše myslí, že je více práce s modelem, biografií, dokumentací a méně času na úkony pro klienta.

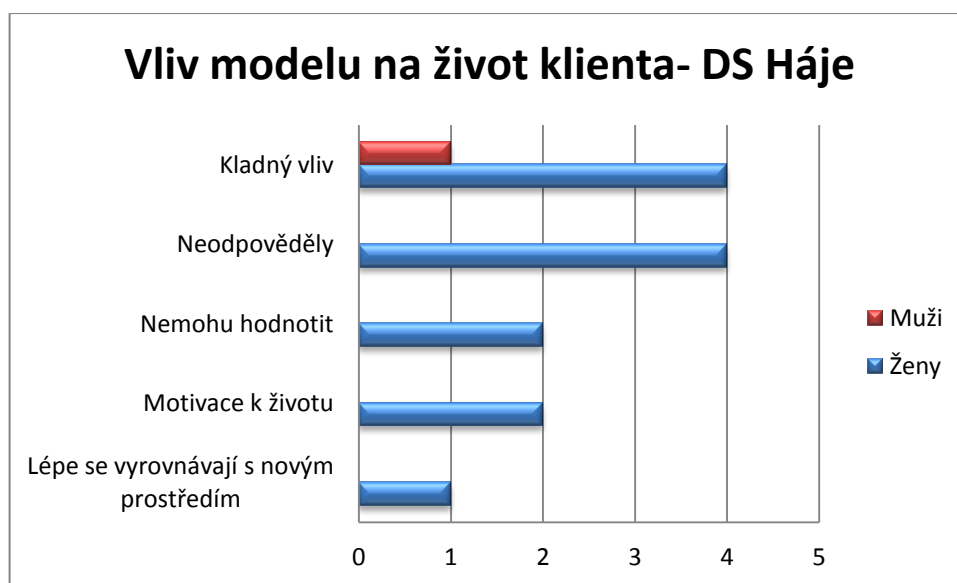


Přesto, že s modelem teprve začínají, i zde vidí personál rozdíl v poskytované péči a fakt, že péče je pak mnohem lepší a efektivnější (38%). Zde bych zmínila jednu odpověď sociální pracovnice: „*Díky biografickému modelu máme více informací o klientech, tyto informace usnadňují tvorbu individuálního plánu. Mohou zkvalitnit i péči o klienta.*“ Zde je ještě vidět provázanost modelu s individuálním plánováním, kterému informace z biografie poskytnou další důležité informace o klientovi. Tuto otázku nemůže 31% dotázaných zhodnotit, protože s tímto modelem v zařízení teprve začínají. Další dotázaní (8%) na tuto otázku neodpověděli, nevidí rozdíl v poskytované péči (8%) a další (8%) předpokládají, že jsou s použitím modelu ke klientům více přiblíženi, než bez něj. Rozdíl v péči také závisí na přístupu personálu k vykonávané práci (7%).

#### Otázka č. 13: Vliv modelu na život klienta v zařízení

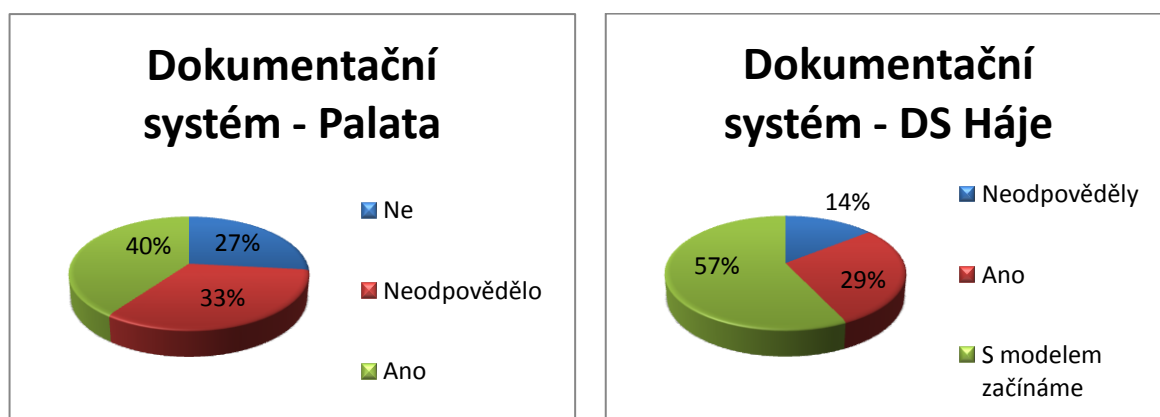


Využití PMP v přístupu ke klientovi má na Palatě pozitivní vliv (14%), mezi další faktory patří ty, co ovlivňují pohodu klienta. To představuje výhodu domácího prostředí (10%), celkovou spokojenost klienta (10%), lepší spolupráce s klientem (7%), klienti jsou více zklidnění (7%). Pro 3% respondentů není znát žádný vliv modelu na život klienta, nemohou zhodnotit (3%) a pokud klient nerad hovoří o svém soukromí, domnívají se že to má na jeho život špatný vliv (3%). Většina respondentů (38%) na tuto otázku však neodpověděla. Soudím, že tato otázka mohla být pro respondenty dost podobná, jako otázka číslo 12, proto na ni nejspíše většina respondentů neodpověděla.



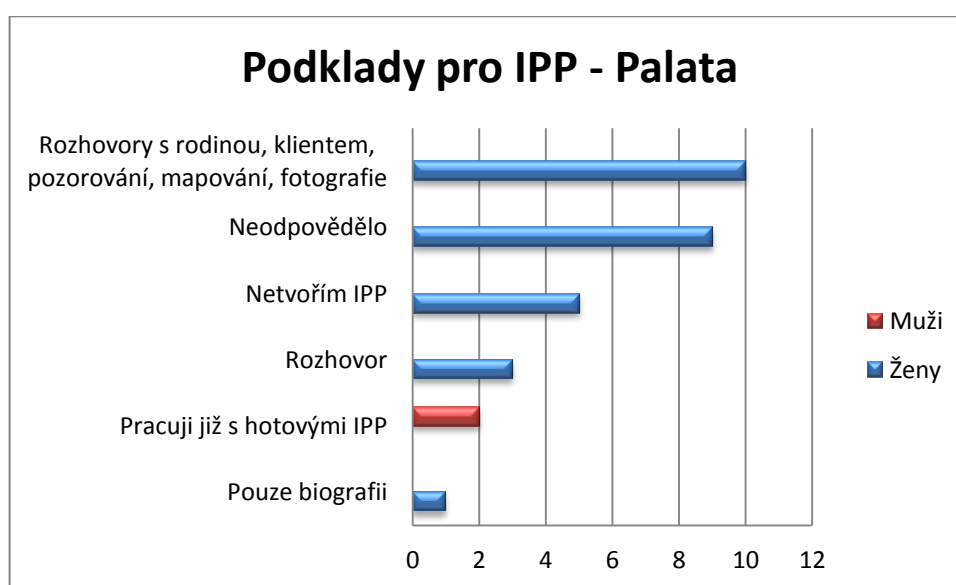
V Domově pro seniory Háje si velký počet respondentů (30%) myslí, že psychobiografický model péče má na klienty kladný vliv. Avšak stejné procento respondentů (31%) na tuto otázku také neodpovědělo. Což může mít spoustu důvodů, například složitost otázky nebo podobnost s předchozí otázkou. Motivaci k životu uvádí 15% respondentů a také 15% tuto otázku nemůže hodnotit. Odpověď „*lépe se vyrovnávají s novým prostředím*“, uvedlo 8% dotazovaných.

#### Otázka č. 14: Pracujete s dokumentačním systémem modelu?

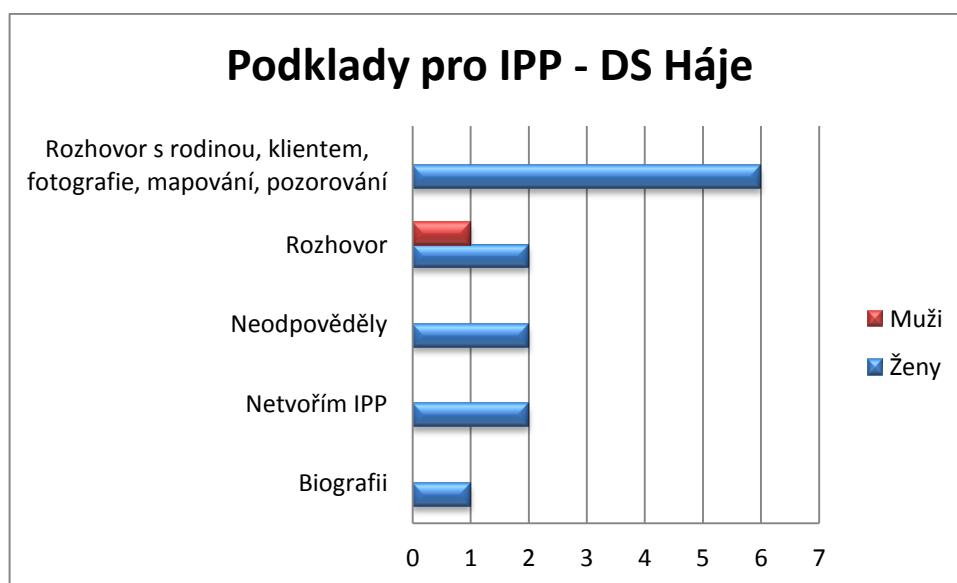


Na otázku, zdali v daném zařízení pracují s dokumentačním systémem modelu (myšleno dle publikace *Práce s biografií a plány péče, 2014* – biografický list, intervenční list, atd.), odpovědělo na Palatě 40% respondentů, že dokumentační systém využívají, 33% neodpovědělo a 27 % dokumentační systém nevyužívá. V odpovědích těch, co uvedli, že dokumentační systém nevyužívají, byli zdravotní sestry (bratr), aktivizační pracovníci, sociální pracovnice a fundraiser. V Domově pro seniory Háje teprve s modelem začínají, což je vidět v odpovědích respondentů, ale i přesto 29% dotázaných uvedlo, že s dokumentačním systémem již pracují.

#### Otázka č. 15 : Jaké využíváte podklady pro tvorbu individuálního plánu péče?



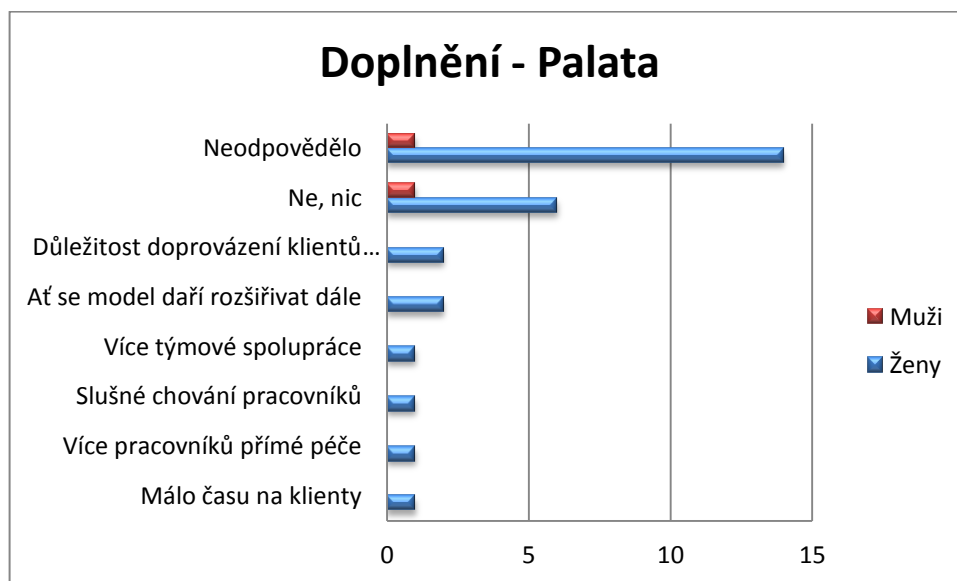
Na Palatě využívá celkem 33% dotazovaných velké množství metod pro zpracování individuálních plánů péče, a to rozhovor s klientem, rozhovor s rodinou, pozorování klienta, mapování potřeb klienta a fotografie. Větší množství dotázaných (30%) na tuto otázku opět neodpovědělo. 17% uvedlo, že plány netvoří, mezi nimi byli aktivizační pracovníci, sociální pracovníci a zdravotníci. Jako další podklad pro zpracování IPP byl pouze rozhovor (10%) a pouze z biografie (3%) a 7% dotázaných pracuje již s hotovými individuálními plány péče.



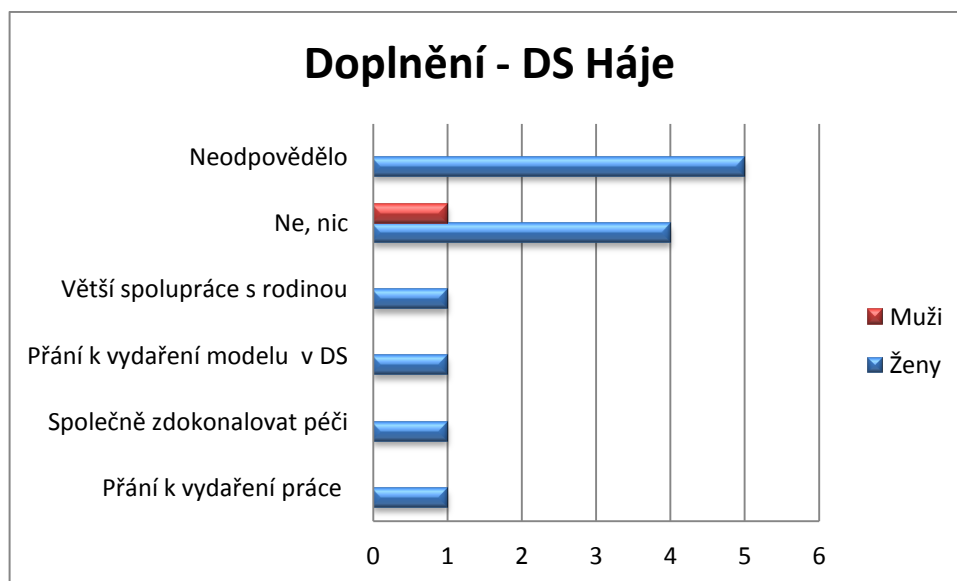
V Domově pro seniory Háje byly obdobné odpovědi jako na Palatě a to 43% dotázaných uvedlo, že využívá rozhovoru s rodinou i klientem, mapování potřeb klienta, z fotografií a pozorování. Dále 22% napsalo, že využívají jako hlavní metodu rozhovor s klientem. Celkem 14% na otázku neodpovědělo a stejný počet (14%) plány netvoří a 7% využívá jako poklad klientovu biografii.



**Otázka č. 16: Je ještě něco, co byste rádi k tomuto tématu sdělili?**



Na doplňkovou otázku na Palatě 50% dotázaných neodpovědělo a 23% nic dalšího dodat nechtělo. Mezi dalšími odpověďmi bylo zmíněno, jak je důležité klienty doprovázet pomocí jejich vzpomínek (7%) a přání toho, aby se model rozšířil do dalších zařízení pečujících o seniory (7%). Dále bylo vyjádřeno přání větší týmové spolupráce (3%), slušné chování pracovníků ke klientům i k sobě navzájem (3%), větší množství pracovníků v přímé péči (3%) a připomínka skutečnosti, že je málo času na práci s klientem (4%).



V DS Háje také celkem 36% neodpovědělo a 36% dotázaných nic doplnit nechtělo. V dalších odpovědích se objevila lepší spolupráce s rodinou při vytváření PMP (7%). A

názor společně zdokonalovat péči o seniory (7%). Dále se tam objevila přání, aby se má diplomová práce zdařila a také přání, aby se PMP stal pevnou součástí práce v DS Háje.

## **8.2. Shrnutí dotazníků**

Celkem na otázky odpovídalo na Palatě 30 respondentů, z toho byli dva muži a v Domově pro seniory Háje 14 respondentů a z toho byl jeden muž. Na dotazníky jsem ponechala dostatek času (přibližně jeden měsíc), což se domnívám, že na vyplnění stačí. Dotazníky jsem předala pracovním v zařízení a poprosila je o rozdání. Návratnost dotazníků byla 100%. Avšak když se podíváme na celkové vyhodnocení dotazníků, zjistíme, že nejvíce na otázky na Palatě neodpovídaly ženy, a to pracovnice přímé péče. Bohužel však nevím, z jakého důvodu. Je možné, že otázky byly položeny složitější formou. Pro příště bych volila jednoduché otázky a možná i spíše otázky, kde je možnost volby.

Na dotazníky odpovídali dle druhé otázky pracovníci v přímé péči, sociální pracovníci, aktivizační pracovníci, zdravotní sestry (bratr), fyzioterapeut, manažer kvality a fundraiser. Poměr žen k mužům byl na Palatě 28:3 a v DS Háje 13:1.

Vzdělání pracovníků bylo velmi rozmanité, od dvouleté zdravotní školy až po vysokoškolské vzdělání v sociální oblasti, zdravotnictví, ale i v jiných oborech. Na Palatě celkem 77% dotázaných se dále vzdělává pomocí různých kurzů a seminářů a v DS Háje 57% dotázaných.

Kurz Psychobiografického modelu péče absolvovalo na Palatě 57% respondentů a v DS Háje 79% dotázaných. Bohužel jsem však u této otázky neuvedla konkrétní kurz, jestli pouze úvodní nebo již vzdělávací cyklus v PMP.

Názor pracovníků na využití psychobiografického modelu péče je různý, zařadila bych to do kategorie pozitivní – na Palatě 64%, negativní 3% a jiný názor má 33% dotázaných. V Domově pro seniory Háje má pozitivní názor 93% dotázaných a 7% odpovědělo jinak.

Za hlavní úkol psychobiografického modelu péče považují pracovníci velké množství kategorií, například na Palatě: pochopení klienta (37%), pečovat podle zvyků a přání klienta (14%), zlepšit kvalitu péče 10% apod. V DS Háje pochopení klienta (30%),

zpříjemnění pobytu, péče podle zvyků a přání klientů, porozumění, pohoda a klid, kvalitní péče o psychiku a mnoho dalších odpovědí.

Na Palatě pracovníci s modelem pracují již delší dobu a to podle toho, ze kterého jsou oddělení: někteří 5 let, 4 roky, 3 roky, 2 roky a tak dále. V Domově pro seniory Háje jsou s modelem na počátku, takže spíše vše zavádějí do praxe.

Nejvíce přínosné pro klienty je dle pracovníků na Palatě to, aby se co nejvíce přiblížili klientově psychice, aby poskytovali co nejindividuálnější péči a aby měli klienti zajištěn dostatek volnočasových aktivit. V DS Háje za nejvíce přínosné označili respondenti pochopení klienta ze strany personálu, možnost klienta si zavzpomínat a utvořit si vlastní biografii.

Co konkrétně by se dalo v oblasti práce s PMP vylepšit na Palatě 46% dotázaných neví a ostatní odpovědi byly ojedinělé, například více nábytku pro klienty, jednolůžkové pokoje, více proškolených zaměstnanců apod. V DS Háje také 31% pracovníků neví, co by bylo dobré ještě vylepšit, ale v ostatních možnostech se objevilo, aby se více do péče zapojila rodina, aby se zjednodušil celý systém péče a větší oživení klienta.

Hodnocení kvality péče v daném zařízení se projevilo celkem jednoznačně. Na Palatě 97% hodnotí kvalitu péče jako nadstandardní, výbornou a na velmi vysoké úrovni. V DS Háje také 93% považuje nabízenou péči za kvalitní a výbornou.

Rozdíly v poskytované péči při použití modelu a bez něj na Palatě vnímá pozitivně 27% dotázaných a v DS Háje 36% dotázaných, avšak 29% podotýká, že nemohou zcela posoudit, protože s modelem teprve začínají.

Vliv modelu na život klienta v zařízení na Palatě respondenti (60%) vnímají tak, že je s klientem lepší spolupráce, klient je spokojenější a klidnější. V DS Háje 57% dotázaných vnímá, že na klienty má model kladný vliv, protože je klient motivovanější k životu a lépe se vyrovnává s novým prostředím.

Dokumentační systém na Palatě dle vyhodnocených dotazníků 40% využívá a v DS Háje, jak jsem již výše zmínila, teprve s modelem začínají.

Jako podklady pro vytvoření individuálních plánů péče na Palatě i v DS Háje používají rozhovory s klientem i s rodinou, biografii, pozorování klienta, mapování potřeb klienta a informace od kolegů.

V doplňujících otázkách se na Palatě objevila přání lepší týmové spolupráce, slušné chování pracovníků, více pracovníků v přímé péči, rozšíření modelu do všech zařízení pro seniory apod. V DS Háje si pracovníci přejí lepší spolupráci s rodinou a společně zdokonalovat péči o seniory.

## **9. Vyhodnocení předpokladů a HVO**

HVO: *Pracovníci v sociálních službách s kurzem Psychobiografického modelu péče mají pozitivní postoj k poskytované péči a předpokládají, že využití modelu má pozitivní vliv na život klienta v zařízení.* - Pozitivní vliv modelu na klienty na Palatě vnímá celkem 60% dotázaných a v DS Háje 57% respondentů. Pracovníci uvádějí, že klient se cítí spokojenější, klidnější a někdy lze dosáhnout i toho, že je možné vysadit potřebnou medikaci. Hypotéza se zde vyplnila, protože odpovědi dokazují pozitivní vliv a správné poslání psychobiografického modelu péče.

### **1. Předpokládám, že v zařízeních pracuje více žen než mužů.**

Tento předpoklad se po vyhodnocení dotazníků potvrdil. Jak jsem již výše zmínila, na Palatě je poměr žen ku mužům 28:2 a v DS Háje 13:1 dotázaných.

### **2. Předpokládám, že v oblasti pracovníků přímé péče je více pracovníků, kteří mají pouze rekvalifikační kurz, než odborné vzdělání v sociální péči.**

Domněnka, že je v zařízeních více pracovníků „mimo vystudovaný obor“ se potvrdila. Na Palatě sociální školu uvedlo 6 respondentů a střední školu a učiliště jiného typu uvedlo celkem 8 respondentů. V DS Háje 6 respondentů uvedlo jiné než sociální nebo zdravotní vzdělání a odbornou zdravotní školu uvedli 4 respondenti. V ostatních případech nebyl uveden obor vzdělání.

### **3. Předpokládám, že se pracovníci v zařízeních dále vzdělávají prostřednictvím různých kvalifikačních kurzů.**

Můj názor, že pracovníci se dále vzdělávají, se potvrdil. Na Palatě se dále vzdělává 77% a v DS 57% respondentů.

**4. Předpokládám, že pracovníci vnímají rozdílnost poskytované služby bez využití modelu a s jeho využitím.**

Rozdíl v poskytované péči pociťuje na Palatě 27% dotázaných a v DS Háje 36% respondentů. Avšak na tuto otázku velké množství dotázaných neodpovědělo nebo odpovědělo, že s modelem teprve začínají, tak nemohou nyní hodnotit.

**5. Předpokládám, že pracovníci v tomto modelu vidí spíše přínos než negativní ohodnocení.**

Pozitivní vliv modelu na klienty na Palatě vnímá celkem 60% dotázaných a v DS Háje 57% dotázaných, což je více než polovina. Řekla bych tedy, že moje domněnka se potvrdila.

## **10. Vyhodnocení rozhovorů**

Zvolila jsem polostrukturovaný rozhovor s pracovníkem v daném zařízení. Připravila jsem si tyto otázky, které jsem při rozhovoru dle potřeby doplňovala:

1. Podle čeho jste začali vnímat potřebu změny ve Vašem zařízení?
2. Jak dlouho trvala realizace projektu?
3. Kdy jste začali implementovat model péče do praxe, za jak dlouho?
4. Které vzdělávání v modelu péče jste jako zařízení absolvovali?
5. Co všechno předchází vytvoření biografie klienta?
6. Jaké podklady využíváte při tvorbě individuálních plánů?
7. Jak pracujete s prostředím ve Vašem zařízení?

Nejdříve jsem se domluvila s paní Ivou Lhotskou - manažerkou kvality péče v Domově pro seniory Háje, která upřednostnila před nahráváním rozhovoru psanou formu odpovědi, což jsem plně respektovala.

**1. Podle čeho jste začali vnímat potřebu změny ve Vašem zařízení?**

*„Zaujala nás přednáška PhDr. Evy Procházkové o Biografické péči. Vzhledem k tomu, že se péče odvíjí většinou o péči o osobu vlastní ve smyslu biologických potřeb. Individuální přístup – plánování klíčových pracovníků s klientem, pracovníkům nedávalo takovou*

*možnost sblížení a těžko hledali pro klienty vhodné cíle. Biografický model péče se nám tvorbou životního příběhu klienta zdál ideální. “*

## **2. Jak dlouho trvala realizace projektu?**

*„Jsme teprve na začátku. Tvoříme s klienty knihy jejich života, na oddělení s počtem 20 klientů s Parkinsonovou chorobou. “*

## **3. Kdy jste začali implementovat model péče do praxe, za jak dlouho?**

*„S modelem péče jsme zatím nezačali. “*

## **4. Jaký typ vzdělávání v modelu péče jste jako zařízení absolvovali?**

*„Biografický model péče podle E. Böhma, s PhDr. E. Procházkovou. “*

## **5. Co všechno předchází vytvoření biografie klienta?**

*„Vedoucí pracovníci, kteří povedou na oddělení BMP absolvovali školení v Brně pro management. “*

## **6. Jaké podklady využíváte při tvorbě individuálních plánů?**

*„Hlavně nadchnout pracovníky, aby nový model práce nebrali jako přítěž, ale přínos v péči pro pečující i klienty. “*

## **7. Jak pracujete s prostředím ve Vašem zařízení?**

*„Na oddělení s biografickou péčí máme zřízený multisenzorický koutek, který bude k péči využit. V zóně se využívá tzv. multisenzorické péče, která se skládá z: Vizuální stimulace (světlo, barvy), Olfaktorické stimulace (vůně), Akustické stimulace (zvuky) a Haptické stimulace (hmatové stimuly).*

*Multisenzorická péče využívá poznatků z neurologie a multisenzorickým oslovením všech smyslů působí na centra v mozku. Díky tomu se dosáhne kýžených výsledků při péči a komunikaci s uživateli s demencí, jejichž mozková centra jsou zasažena a poškozena nemocí a nefungují zcela správně. Na základě vědeckých studií v oboru neurologie a multisenzoriky byly vyvinuty celé programové sekvence, za účelem odlehčení práce ošetřujícímu personálu, jako jsou programy pro podporu denní rutiny: uvolnění, aktivace, odpočinek atd.. Programy jsou instalovány formou aplikace na tabletu a díky bluetooth spojení s jednotlivými systémy dochází k jejich přehrávání centrálně a lze je na základě*

*potřeb i rozšiřovat. Multisenzorická zóna v DS Háje je od samého počátku plně využívána a počítá se s tím, že se propojí s modelem Biografické péče.“*

Z rozhovoru se dovídáme, že v Domově pro seniory Háje jsou teprve na začátku implementace modelu do praxe. Zatím jsou pracovníci proškoleni v základní filosofii modelu a někteří absolvovali kurz pro manažery v Brně. Pracovníci prozatím tvoří biografické knihy na oddělení pro 20 klientů se změněným způsobem chování. Velmi zajímavé je, že v zařízení využívají multisenzorický koutek, který taktéž příznivě působí ve spojení s psychobiografickým modelem péče.

Druhý rozhovor probíhal na Palatě 24. 2. 2016 a velmi ochotně mi na otázky odpovídala paní Mgr. Eva Průchová, manažerka kvality a zástupkyně ředitele. Nejdříve jsem poprosila o souhlas k nahrávání rozhovoru na diktafon a následně jeho přepis. Hovořily jsme v pracovně p. Průchové a nebyly jsme nikým rušeny. Po přepsání jsem p. Průchové nabídla kontrolu rozhovoru.

### **1. Podle čeho jste začali vnímat potřebu změny ve Vašem zařízení?**

*„Protože sem docházeli klienti, které jsme jednak přijímali a jednak tu byli ti stávající, tak buď těm lidem byla diagnostikovaná demence a začalo se projevovat, že už tam není prioritou to zrakové postižení, se kterým my umíme pracovat. Člověk se zrakovým postižením si dokázal pomoci, ale vlivem té demence tak docházelo ke zhoršení soběstačnosti. Začali jsme hledat modely, nebo postupy jak s těmi lidmi pracovat, protože jsme to opravdu nevěděli a zjišťovali jsme, že kognicí to nevymyslíte, prostě tomu člověku, když něco řeknete, tak to není schopen rozumově přijmout, tak jsme hledali jak jinak se s tím popasovat, aby jsme tu službu udělali na míru individuálně tomu klientovi.“*

### **2. Jak dlouho trvala realizace projektu?**

*„My jsme se vlastně o tom projektu dozvěděli na jedné konferenci v roce 2010 a to byl jen taková zmínka a my jsme si řekli, aha to by nemuselo být špatné, tak jsme o tom uvažovali a začali jsme se o to zajímat. Naplánovali jsme si první vlnu školení, kdy nás tam šlo asi čtrnáct zaměstnanců a vyškolili jsme se v tom prvním bloku v psychobiografii a v roce 2012 jsme otevřeli první úsek, právě pro klienty s demencí, ale pořád tam musela být kombinace zrakového postižení a demence. O to je ta práce komplikovanější.“*

### **3. Kdy jste začali implementovat model péče do praxe, za jak dlouho?**

*„Od roku 2012. Nejdřív jsme tam potřebovali přemístit a sestěhovat klienty. Když máte člověka se zrakovým postižením, stěhování je náročné. My jsme se spíše snažili, aby to bylo tou přirozenou cestou, ale některé klienty jsme museli přesunout. Vytvořili jsme si tam denní místnost a začali jsme dávat ty lidi „dokupy“, pracovali jsme s nimi, vytvořili jsme první biografie a začali jsme zjišťovat, že to funguje. Když mluvíme s člověkem o hospodářství, když celý život měl husy a kačeny, tak on se nám vrací a normálně s námi komunikuje. Začínali jsme vytvářet program jenom pro ty klienty v rámci tohoto úseku, protože je jiný, než ten program pro ostatní klienty. Vytvořili jsme tento úsek, kde jsme snížili počet klientů a zvýšili počet zaměstnanců, což byla priorita. Samozřejmě to bylo i o tom, že musíme motivovat zaměstnance, to znamenalo, že řada zaměstnanců odešla, protože nechtěla něco nového. Takže to bylo i o výměně personálu. Můžu říct, že to funguje k obrazu našemu a to od roku 2012, samozřejmě jsme se potýkali s různými problémy, ale tak od půlky roku 2014 to funguje, jak chceme. S tím, že my jsme se pak vyškolili na ten psychobiografický model 2, na tu diagnostiku a už si dokážeme klienty odiagnotikovat, v jakých stupních regrese jsou a kde oni potřebují tu pomoc. Ta diferenciální diagnostika se dělí do několika oblastí, pokud vyjde, že ty lidi jsou nejnižší, tak potřebují zvednout. Ta péče se specializuje na jednotlivé oblasti, jestli potřebují sociální kontakt, citové vztahy, myšlení, to už se ta péče pasuje přímo na každého individuálně.“*

### **4. Které vzdělávání v modelu péče jste jako zařízení absolvovali?**

*„Všichni zaměstnanci v rámci celého zařízení musí absolvovat jednodenní informativní kurz o demenci a o psychobiografickém modelu péče. Potom ty pracovníci v přímé péči, aktivizační pracovníci, psycholog, manažer kvality a vedoucí sestry absolvují ten první model péče, to znamená tu biografii šestidenní. A zatím čtrnáct zaměstnanců absolvovalo Psychobiografii 2 – diferenciální diagnostiku. Nejde to zase tak rychle, protože zaměstnanci se mění, odcházejí a přicházejí noví. Ještě jsme k tomu přidali jednodenní výcvikový kurz, který pořádá Asociace poskytovatelů sociálních služeb a ten se jmenuje Demence v obrazech, kde jsou natočené jednotlivé situace, kdy přichází vždycky pracovník a udělá to, jak se chová špatně a druhá situace, jak se chová dobře. Na natáčení jsme se také podíleli. A na toto školení chodí také všichni zaměstnanci. Od roku 2016 jsme otevřeli další úsek pro klienty s demencí, protože lidí přibývá, samozřejmě se snažíme vyvarovat chyb, jako na začátku, když jsme s modelem začínali a vytvořit novou denní místnost. Postupně se snažíme klienty sestěhovat, aby byli zase na oddělení, kde bude ta*



*specializovaná péče. Do budoucna bychom to chtěli rozšířit do všech oddělení, ale jdeme tou cestou postupného, protože se nám to osvědčilo. Oni se nám postupně vyčlení ti zaměstnanci, kteří s tím nechtějí pracovat.“*

## **5. Co všechno předchází vytvoření biografie klienta?**

*„Samozřejmě, když klient nastupuje, tak podmínka nástupu je dotazník, kde vyplní základní údaje o svém životě. Když nastupuje, tak abychom měli alespoň základní údaje, co dělal, co sourozenci s příbuzní. Když člověk nastoupí, tak dostává klíčového pracovníka a ten dělá biografii klienta a ten je za ní zodpovědný. Ale na biografii se podílí celý tým. To znamená rozhovory s klientem, rozhovory s příbuznými a poté jednotliví pracovníci mapují, co zjistili, co jim klient řekl a píše se to do sešitu. Z toho si to klíčový pracovník vytahuje a sestavuje podle toho tu biografii. Je to práce celého týmu.“*

## **6. Jaké podklady využíváte při tvorbě individuálních plánů?**

*„Moc podkladů není, jsou to hlavně rozhovory, ale jsou výjimky, někteří klienti přicházejí třeba s tím, že si sepsali paměti, nebo že mají nějaké deníčky, že vydali knížku o svém životě, což se nám už stalo několikrát, samozřejmě to je výborný materiál, ze kterého se dá čerpat a na který se dá navazovat. Ale jinak je to opravdu hlavně z těch rozhovorů, fotek, i když ty lidi nevidí, nebo mají zbytky zraku, tak ty fotky mají nakoukané, protože většina těch lidí oslepla ve stáří, takže když řekneme, kdo na té fotce je, tak už si vzpomenu a chtějí mít tu fotku třeba na stěně. A s tím právě souvisí ta práce s prostředím. Jednak tam mají své fotky a své věci. U individuálních plánů se využívá také ta biografie. Jednou týdně se schází tým, psycholog, zdravotní sestra, manažer kvality a vlastně řeší se biografie, aby ji všichni znali a řeší se, co z té biografie využijeme v individuálním plánu, co se tam zapíše, aby to byl propojené a potom se to vyzkouší v praxi, protože ne všechno funguje. Když je člověk třeba v neklidné fázi, tak zjistit, jak reaguje, co dělá a k tomu vypomáhá ta biografie. To je podklad nejlepší. Nejdřív to mapování. Neznačená to, že když se vytvoří biografie, tak že se dál nemapuje. To ne, mapuje se pořád.“*

## **7. Jak pracujete s prostředím ve Vašem zařízení?**

*„Na prvním úseku jsme udělali denní místnost, zjistili jsme, že jí nemůžou klienti najít a netrefí tam sami. Tak jsme ji předělali. Nyní je ve středu dění, klienti jsou schopní tam dojít sami. Mají tam snídaně, obědy, večeře, používají to jako denní místnost, nebo i na oslavy. Mají tam televizi, králíka, je to místnost, která je zařízena dobovým nábytkem. Jinak klienti si samozřejmě mohou donést vlastní nábytek, poličky, skříň, tak je to vítaný. I chodby jsou*

*různě vybavené nábytkem. Práce s prostředím je skvělá na začátku, protože vy potřebujete ty zaměstnance namotivovat a ta práce s prostředím je relativně nejjednodušší. Ale jak říkám, jen relativně. Není to o tom navozit sem „starý krámy“ a je to, ale to o tom, aby to prostředí bylo terapeutické. Není to o tom, aby to tady bylo krásně polepené, na oči hezké, ale lidem to nic neřekne. Klidně může být prostředí jednodušší, ale aby se v tom dokázali zorientovat.“*

Z rozhovoru se dovídáme, že na Palatě se o psychobiografickým modelu dozvěděli na konferenci a od roku 2012 jej postupně začali implementovat do péče. Nejdříve vytvořili jedno oddělení, kde však nebyla vhodně umístěna denní místnost, kterou později přemístili do středu dění, aby měli klienti možnost si tam dojít sami. Využívají denní program určený přímo pro klienty tohoto úseku. V nedávné době na Palatě také otevřeli další úsek, který využívá psychobiografického modelu péče. Jak se paní Průchová zmínila, bylo potřeba „*snížit počet klientů a zvýšit počet zaměstnanců*“. Avšak i tento model přinesl jisté úskalí. Jak bylo zmíněno, někteří pracovníci Palatu opustili, protože se s modelem neztotožnili, avšak byli nahrazeni novými zaměstnanci, kteří uznávají podstatu tohoto modelu a vidí v něm přínos pro klienty a inovaci péče. Na Palatě mají všichni pracovníci absolvované dva kurzy a to Demence v obrazech a Informační seminář o psychobiografickém modelu péče a postupně se dále vzdělávají v různých oblastech a pokračují ve vzdělávání v PMP. Práci s prostředím na Palatě zaměřují na tematické koutky na chodbách zařízení a také umožňují (ba i doporučují) klientům možnost zařízení pokoje vlastním nábytkem. Postupně plánují všechna oddělení zaměřit na tento model péče.

Oba rozhovory bych shrnula jako doplnění dotazníků a osvětlení toho, jak v zařízeních začali využívat model. V Domově pro seniory jsou na úplném počátku zavádění modelu do péče. Pracovníci absolvují potřebné kurzy a začínají tvořit biografie klientů. Na Palatě již model funguje od roku 2012 a nadále se rozšiřuje na ostatní oddělení. V DS Háje mají navíc multisenzorickou zónu, která může příznivě působit i na neklidné klienty. Na Palatě je taktéž pracováno s prostředím, což dokazují fotografie umístěné v přílohách této práce.

## **11. Ukázka biografie klientů**

Pro názornou ukázkou bych zde ráda zmínila stručně dvě biografie, které mi byly poskytnuty v DS Háje a na Palatě. Neuvádím žádné konkrétní údaje, pouze strukturu zpracované biografie. Po odborné konzultaci jsem zvolila ukázky dvou již vypracovanýchografií. Kdybych zde měla uvést mnou vytvořenou biografii, bylo by potřeba, abych v nějakém zařízení již delší dobu působila a klienta velmi dobře znala. Proto jsem zvolila tuto možnost ukázky zpracované biografie.

Biografie jsou důležitou součástí při využití psychobiografického modelu péče. Biografie lze využít při práci s klienty, při tvorbě individuálního plánu a slouží jako podklad pro práci s klienty.

### **11.1 Biografie – Palata**

Nejdříve uvádím biografii zpracovanou na Palatě paní E.P.. Biografie začíná představením a zdůvodněním, proč si vybrala konkrétní klientku. Identifikační údaje v biografii jsou pozměněny. Klientce budu říkat paní K. N. V příloze č. 15 je uveden souhlas se zpracováním biografie.

#### **Klíčový pracovník – klient:**

Paní E. P. působí na Palatě od 1. ledna 1999, kdy začala pracovat na pozici vedoucí sociálního úseku. Od roku 2009 pracuje jako manažer kvality sociálních služeb a zástupce ředitele. Práce ji velmi baví a dělá radost. Pro biografii si vybrala klientku, kterou zná velmi dlouho.

#### **Biografický list klienta:**

Paní K. N. se narodila v Holandsku, kde krátce žila a poté se s rodinou odstěhovala do Polska. Paní K. N. má mnoho sourozenců a je ze všech nestarší. Její celá rodina byla silně věřící a pravidelně docházeli do kostela. Jako dítě musela paní K. N. hodně pomáhat v domácnosti s domácími pracemi. V dětství měla nejlepší kamarádku, která se pak kvůli válce musela s rodiči odstěhovat, což ji dost mrzelo. Velmi ráda cestovala k moři. Jako dítě měla nehodu, při které se jí porušil zrak, což paní K. těžce nese a porucha se nadále zhoršovala.

V mládí byla poslaná do rodiny, kde vypomáhala. V rodině se jí moc líbilo a byla vždy slušně oblečená. Paní K. N. velmi ráda chodila do kina i na opery. V době, kdy byla válka, rodinu, kam byla poslána, deportovali Němci do koncentračního tábora a paní K. se již nikdy s nikým z rodiny nesetkala. Po roce ji pustili z koncentračního tábora, ale musela pracovat v továrně, kde se seznámila s manželem. Poté odešli do Československa, kde se jim narodila dcera. V mládí jí manžel zemřel na následky zranění. Paní K. ještě neuměla dobře česky, ale postupem času se vše naučila. Poté odešla pracovat do jedné restaurace, kde potkala svého druhého manžela. Manželství nebylo šťastné, avšak i přesto měli další dítě. Paní K. se vdala i potřetí a nyní byla velmi šťastná. Měla s manželem také další miminko. Po několika letech její manžel zemřel a ona začala pracovat jako pomocnice v jedné nemocnici. Za největší neštěstí považuje to, že jí zemřely dvě děti a následně se musela starat o svého vnuka T., který byl dost problémový. Ten se později oženil a měl syna, kterého měla moc ráda, avšak i ten velmi mladý zemřel.

Paní K. N. na Palatě nejdříve bydlela na dvoulůžkovém pokoji a následně na jednolůžkovém a občas na Palatě vypomáhala jako pomocná síla. Svůj volný čas si zorganizovala sama.

### **Aktivity denního života:**

Ráda komunikuje na téma Polska a baví se o vnoučatech. Téma, které je lepší raději nezavádět, je vztah s jejím otcem. Paní K. o sebe dbala a vždy si přála být štíhlá. O hygienu se stará sama a nesnesla by, kdyby ji někdo umýval. Má problémy s dietní stravou, ale má velmi ráda sýry a jiné pokrmy. Pro dobré vylučování pije čaj s obsahem seny a využívá projímadla. Velmi ráda se obléká do svetrů a potrpí si každý den na jiné oblečení. Velmi se stydí a má problém s nahotou. Se zálibou uklízí a nakupuje. Říká, že nejvíce milovala svého třetího muže. Jako zvládnutí zátěžové situace uvedla příchod do Československa a naučení se řeči. Velmi ji zasáhl transport do koncentračního tábora a úmrtí manželů a dětí. S potěšením sleduje televizi a poslouchá rozhlas. Jejím přáním je zemřít a to nejlépe ve spánku. Paní K. se orientuje v čase, osobách i politické situaci a pravidelně je v kontaktu s kamarády a s rodinou.

### **Záznamový list – pro aktivizační formu práce s biografií:**

**Sociální forma:** práce s paní K. N., provádí manažer kvality

**Časové údaje:** 2 hodiny

**Materiál:** DVD, notebook na promítnutí filmu

**Příprava:** manažer kvality zapojí notebook v pokoji klientky a spustí DVD

**Zvláštnosti:** nastavení DVD v původním jazyce a využití komentáře k filmu

**Variace:** film je možno pustit v jiném jazyce

**Místnosti:** pokoj klientky, kde se cítí dobře

**Metoda:** paní E. P. si s paní K. vyprávěly o filmech a písničkách

**Cíl:** zavzpomínat si prostřednictvím filmu

**Hodnocení:** Paní E. P. hodnotí aktivizaci jako velmi přínosnou. Klientka dle jejího názoru byla velmi potěšená. Zavzpomínala si na mládí i na celý život. Aktivizace byla provedena v roce 2012.

### **Historický princip normality**

Paní E. P. zde uvádí, že v Československu byl tehdy prezidentem Edvard Beneš a papežem byl Pius XII. Je zde uveden kontext té doby, kdy paní K. N. žila, tedy válka a jiné události té doby, jako problémy se zásobováním, migrace obyvatel, volby, období znárodňování a únorový převrat. Pro ilustraci jsou zde uvedené fotografie.

### **Individuální plán klienta:**

Na závěr celé biografie umístila paní E. P. individuální plán klientky, kde jsou uvedeny její přání a potřeby.

## **11.2 Shrnutí biografie**

Biografie, vytvořená paní E. P., obsahuje biografický list, kde nalezneme údaje o klientce, povolání rodičů, údaje o sourozencích, povídání o dětství a mládí. Biografie klientky je doplněna názornými fotografiemi. Je zde také využita mapa, kde je ukázáno, kde klientka žila. Další stránky biografie se zaměřují na celý život. Poté následuje povídání o Palatě, z jakého důvodu se sem klientka dostala, na jakém pokoji bydlela a s kým. Dále se v biografii také dozvíme o zálibách klientky a oblíbených zpěvácích. Následující část se zaměřuje na aktivity denního života – komunikace, mobilita, podpora vitálních funkcí, sebepéče a hygiena, příjem potravy a tekutin, vylučování, oblékání, problematika sexuality, zaměstnání se, klid a spánek, péče o prostředí, zajištění sociálních vztahů, zvládání zátěžových situací, orientace prostředím, časem, osobou a situací. Tato tabulka obsahuje zaznamenané odpovědi klientky. Další položkou je záznamový list pro aktivizační formu práce s biografií, kde je uvedena činnost, potřebné materiály, časový

údaj, provedení, různé variace, metoda, cíl a hodnocení. Následující stránka obsahuje historický princip normality klienta, tedy popsanou dobu, ve které klientka žila, co se zvláštního stalo, politická situace atd. Na závěr práce je zařazen současný individuální plán péče. Biografie klientky z Palaty je velmi pěkně zpracovaná a jak jsem již výše zmínila, doplněna o spoustu fotografií a obrázků.

### **11.3 Biografie – Domov pro seniory Háje**

Druhou biografii zpracovala paní R. H. z Domova pro seniory Háje. Biografie je zpracovaná trochu jiným způsobem, než od paní E. P., proto si myslím, že je velmi přínosné v mé práci zmínit obě biografie. Taktéž u druhé biografie pozměním iniciály, názvy a ostatní údaje, které by mohly někoho identifikovat Klientce budu říkat paní J.N.. V příloze č. 15 je uveden souhlas se zpracováním biografie.

#### **Biografický list:**

Paní J. N. se narodila v malé vesnici ve Středočeském kraji. Její otec působil v obchodě a její maminka pracovala krátce v továrně a poté byla ženou v domácnosti. Pochází tedy z velké rodiny a měla hodně sourozenců. Avšak bratr a sestra zemřeli velmi mladí.

#### **Dětství:**

Na své dětství vzpomíná paní J. N. velmi pozitivně. Uvádí, že se svým otcem hrála různé hry a zpívala oblíbené písničky. Avšak v té době, kdy byla dítě, nebyly žádné zájmové kroužky jako dnes. Ale jako děti musely pomáhat rodičům s domácími pracemi. Neuvádí žádné oblíbené hračky. Celá jejich rodina byla silně věřící a pravidelně chodili do kostela v nedaleké vesnici.

#### **Mládí:**

Paní J. N. vystudovala tříletou dříve rodinnou školu pro ženská povolání a měla přání být učitelkou ručních prací. Jak jsem již výše zmínila, paní J. musela doma hodně pomáhat. Měli velké hospodářství, kde se starala o husy, slepice, holuby, králíky, kozy atd. Po škole začala pracovat v továrně na konfekční oblečení. V mládí onemocněla vážnou nemocí. Léčila se v Praze. Ráda chodívala do kina a sbírala známky, mince a bankovky. Její první láskou byl kamarád ze školy. Ve volném čase ráda chodila do Sokola.

Paní J. uvádí, že nemá ráda ryby a houby, žádné oblíbené jídlo nemá. Jako oblíbené květiny uvádí konvalinky a fialky. Neuvádí také žádné negativní vzpomínky, až na dobu, kdy za války přišlo předvolání a oni nemohli chodit do školy. Velmi ji také zasáhla smrt maminky v době jejího dětství.

### **Dospělost:**

Po prodělané nemoci paní J. již nepracovala, byla ženou v domácnosti. Se svým manželem se seznámila na tancovačce a než se vzali v kostele a na národním výboru, chodili spolu tři roky. Nejprve bydleli s otcem a mladší sestrou a poté se přestěhovali do velkoměsta. Měli dva syny.

### **Stáří:**

Po smrti svého otce, zůstala paní J. v kontaktu se svými sestrami. Celkem má šest vnoučat. Asi v roce 2005 byla u ní diagnostikovaná Parkinsonova choroba. Před nějakým časem zemřel její manžel, s čímž se velmi těžko vyrovnává.

Dobu před nástupem do Domova pro seniory Háje si paní J. moc nevybavuje. Nyní se věnuje čtení, luštění křížovek a osmismerek a ráda navštěvuje společné aktivity pořádané v DS Háje. Jejím velkým přáním je návštěva rodného domu a hřbitova, kde má pochovanou rodinu.

### **Přílohy:**

Dále jsou v biografii uvedeny přílohy, které obsahují oblíbené písně, básně a různé fotografie. Například míst, kam paní J. N. ráda chodila, kde navštěvovala školu, fotografie s rodinou.

## **11.4 Shrnutí biografie**

První strana obsahuje údaje o klientce a jejích rodičích. Poté je zaznamenáno její dětství a mládí, kde se dovíme o klientce, jak trávila svůj volný čas, jaké byly její záliby, kdo byl její první láskou a jaké má negativní vzpomínky. Dále jsou údaje o manželství, dětech a zaměstnání. Poslední etapou úvodních stránek je povídání o stáří, o vnoučatech. v biografii nalezneme černobílé fotografie, které doplňují život klientky.

## **Závěr**

V první části práce jsem uvedla kapitoly, které se zaměřily konkrétně na stáří a seniory. Na prožívání různých změn, které jsou spojeny se stárnutím a stářím. Také potřeby seniorů, které se s přibývajícím věkem mění. Důležitou kapitolou je oddíl zaměřený na demenci. Nalezneme zde také část zabývající se demografií i vybranými sociálními službami pro seniory a jejich pracovníky. Následuje hlavní kapitola o psychobiografickém modelu péče, základní informace o jeho autorovi, principu normality a aktivitách denního života. V práci je uvedena i práce s biografií i historický vývoj modelu péče. Neméně důležitá je zde zmínka o individuálním plánování a souvislosti s reminiscenční terapií.

Druhá část práce je zaměřena na konkrétní využití a způsob uvedení modelu do praxe. Hlavní výzkumnou metodou byl dotazník pro pracovníky v sociálních službách, rozhovor s manažery kvality a příklad dvou zpracovaných biografií. Dotazníky byly vyhodnoceny pomocí grafů a následného shrnutí důležitých informací. Rozhovory sloužily jako konkrétnější doplnění dotazníků. Na závěr práce jsou zde nastíněny dvě možnosti, jak vypracovat klientovu biografii.

Cílem psychobiografického modelu je zjistit klientův stupeň regrese a princip normality. Důležitým pokladem pro práci s klientem je vytvoření jeho biografické knihy i práce s prostředím. Všechny tyto podklady jsou potřebné pro poskytování kvalitní péče o seniory. Neméně důležité je další vzdělávání pracovníků v sociálních službách a možnosti si v praxi ověřit funkčnost a potřebnost tohoto modelu.

Práci na téma psychobiografický model jsem si zvolila z toho důvodu, že jsem se s ním osobně setkala v zařízeních a velmi mně zaujal tento nový koncept péče. Absolvované konference a kurzy mě jen utvrdily v tom, že bych se ráda do toho tématu hlouběji ponořila a dále se jím zabývala. Model přináší do zařízení pro seniory spoustu inovací a je třeba jej dále rozšiřovat a pracovat s ním. Dotazníky celkově ukazují, že pracovníci se v modelu dále vzdělávají a také absolvují jiné kvalifikační kurzy, které jim v praxi dopomohou k lepší a kvalitnější péči. Hlavně tedy kvalitní péče je základem dobré práce se seniory a to je dle mého názoru to nejpodstatnější.



## Seznam literatury

1. BÖHM, E. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. Praha: Mladá fronta, 2009. ISBN 978-80-204-3197-4.
2. BUGŽOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
3. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
4. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
5. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základních ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.
6. GULOVÁ, L. *Sociální práce - Pro pedagogické obory*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3379-1.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
8. HAUKE, M. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.
9. JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Reminiscence – využití vzpomínek v práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
10. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. A KOL. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

11. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
12. KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.
13. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
14. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
15. MÁTL, O., HOLMEROVÁ, I., MÁTLOVÁ, M. *Zpráva o stavu demence 2014*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2014. ISBN: 978-80-86541-34-1. (Online 29. 10. 2015) Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/001/000188.pdf> )
16. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany. Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
17. PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
18. POKORNÁ, A. *Ošetrovatelství v geriatrii/hodnotící nástroje*. Praha: grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.
19. PROCHÁZKOVÁ, E. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3186-8.
20. REGNAULT, M. *Alzheimerova choroba*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0010-9.
21. ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0.

22. ŠTĚPÁNKOVÁ, H., HÖSCHL, C., VIDOVIČOVÁ, L. a kol. *Gerontologie. Současné otázky z pohledu biomedicínských a společenských věd*. Univerzita Karlova v Praze, 2014. ISBN 978-80-2628-4.
23. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Univerzita Karlova v Praze, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
24. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., HOLUBOVÁ, J. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.
25. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie. 2., přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.

Elektronické zdroje:

- <http://www.ebinbio.cz/erwin-bohm/>
- [http://www.enpp-austria.com/cz/erwin\\_boehm.htm](http://www.enpp-austria.com/cz/erwin_boehm.htm)
- [http://www.mpsv.cz/files/clanky/8842/Prognóza\\_2010.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/8842/Prognóza_2010.pdf)
- [https://www.czso.cz/staticke/animgraf/projekce\\_1950\\_2101/index.htm](https://www.czso.cz/staticke/animgraf/projekce_1950_2101/index.htm)
- <http://www.ebinbio.cz/teorie-pbm/>
- <http://www.slovník-synonym.cz/web.php/slovo/skoleni>

## **Přílohy:**

### **Příloha č. 1: Fotografie Palaty**



### **Příloha č. 2: Společenská místnost (Palata)**

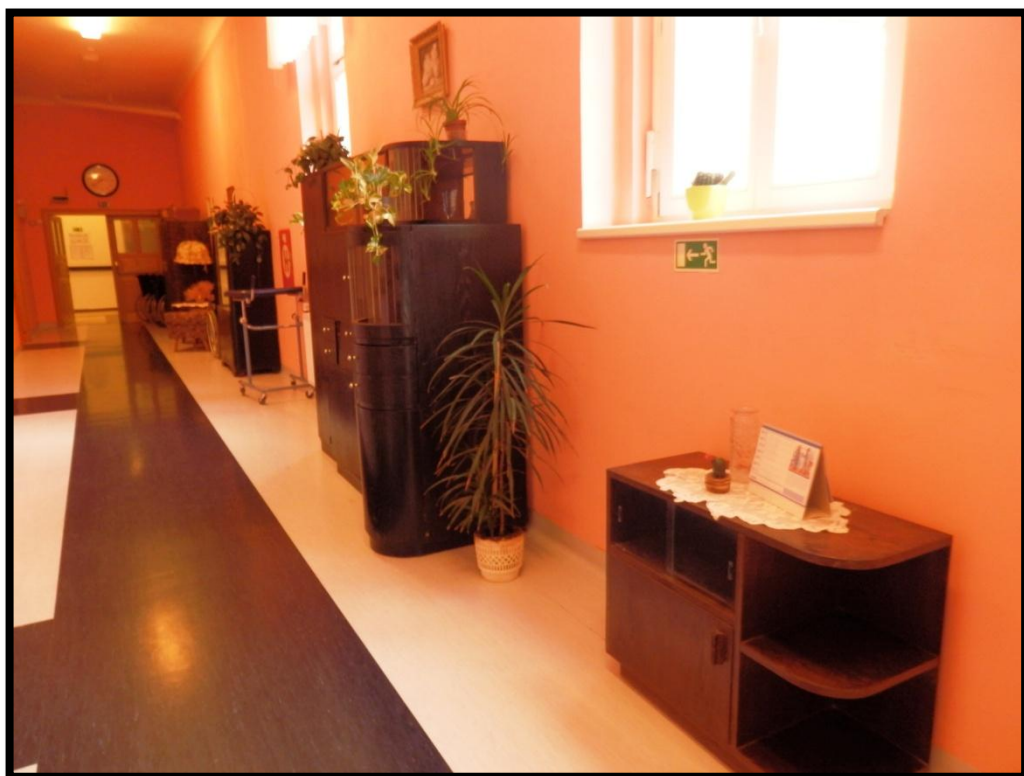




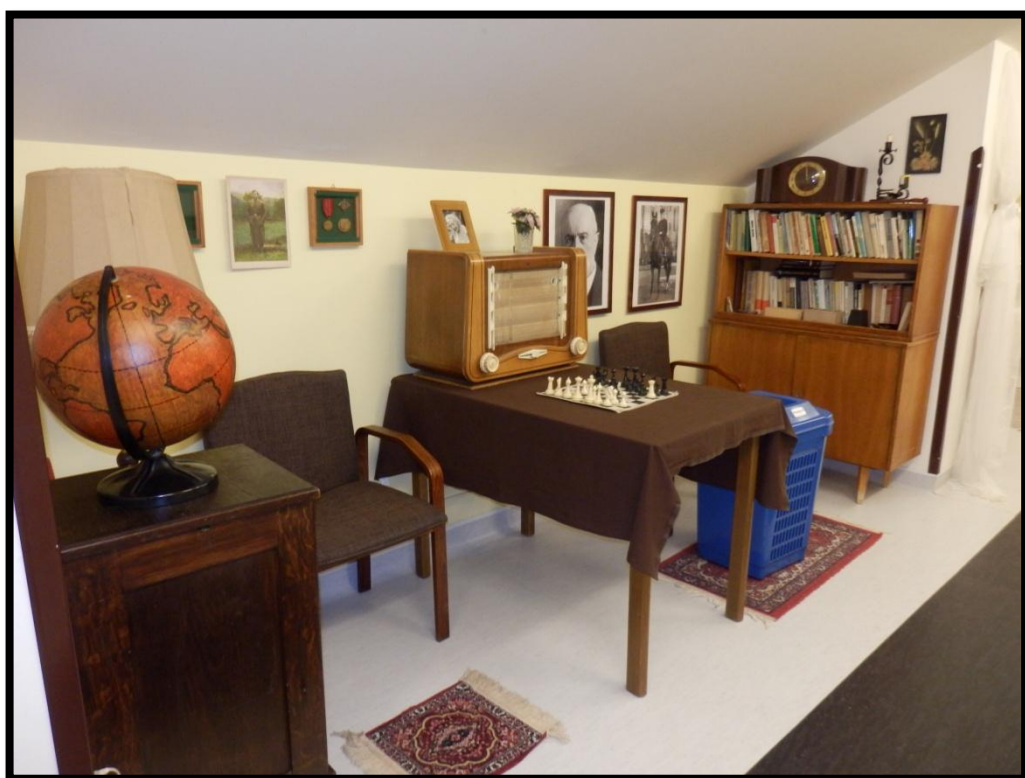


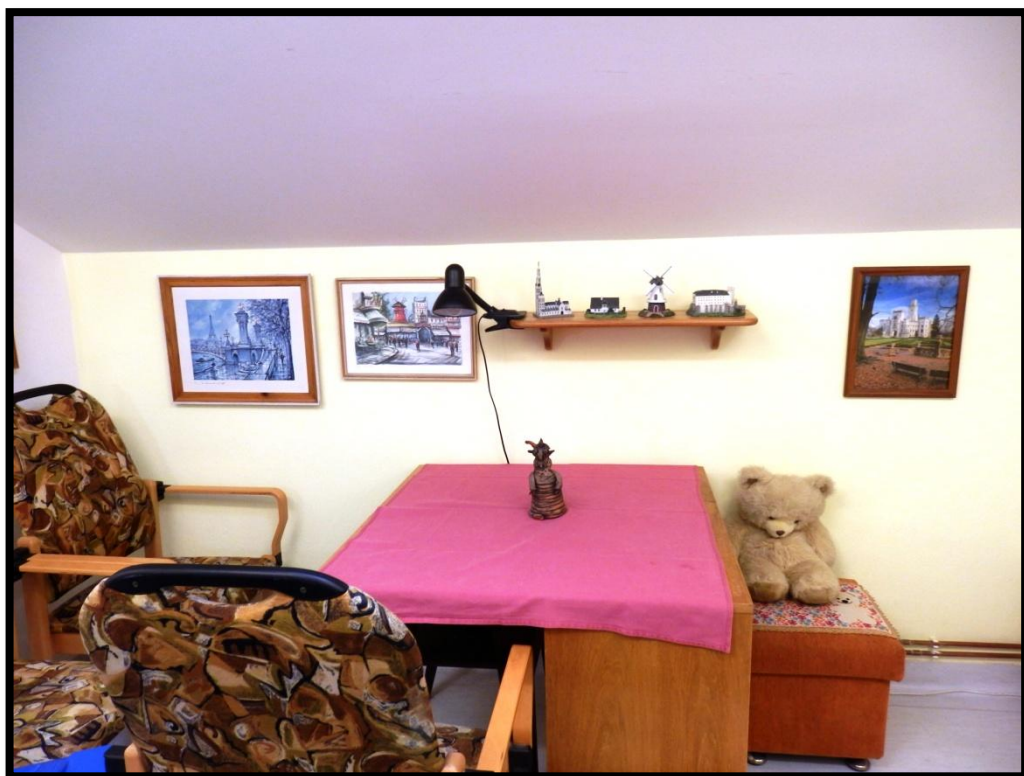
**Příloha č. 3: Dobová zákoutí**



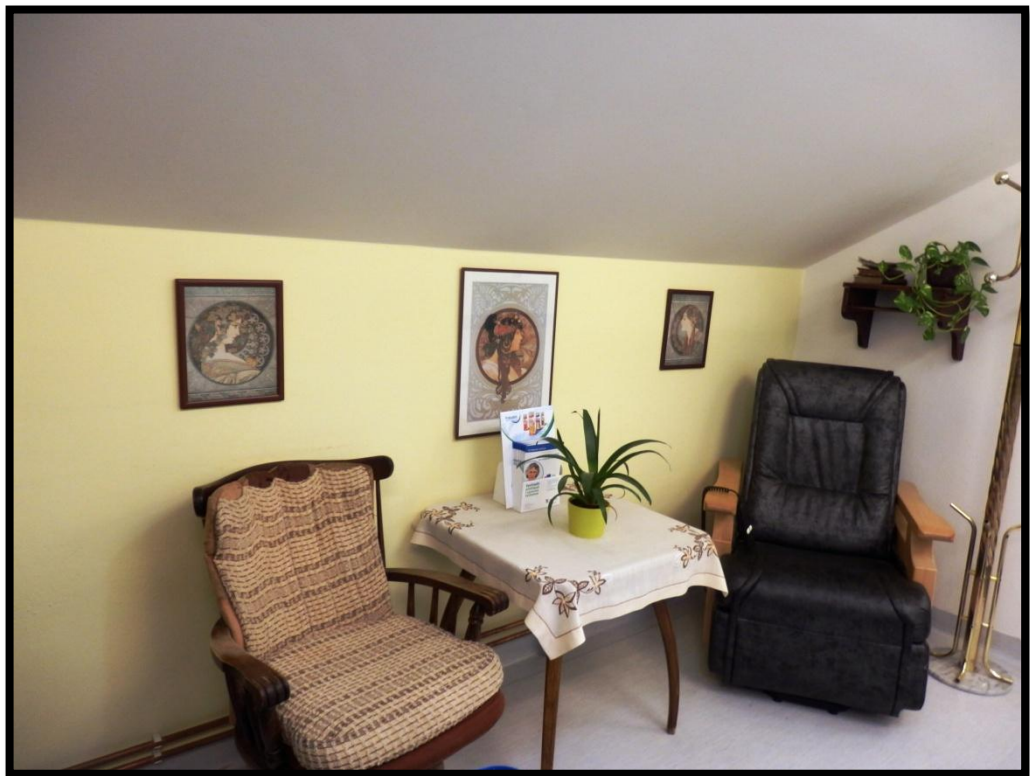


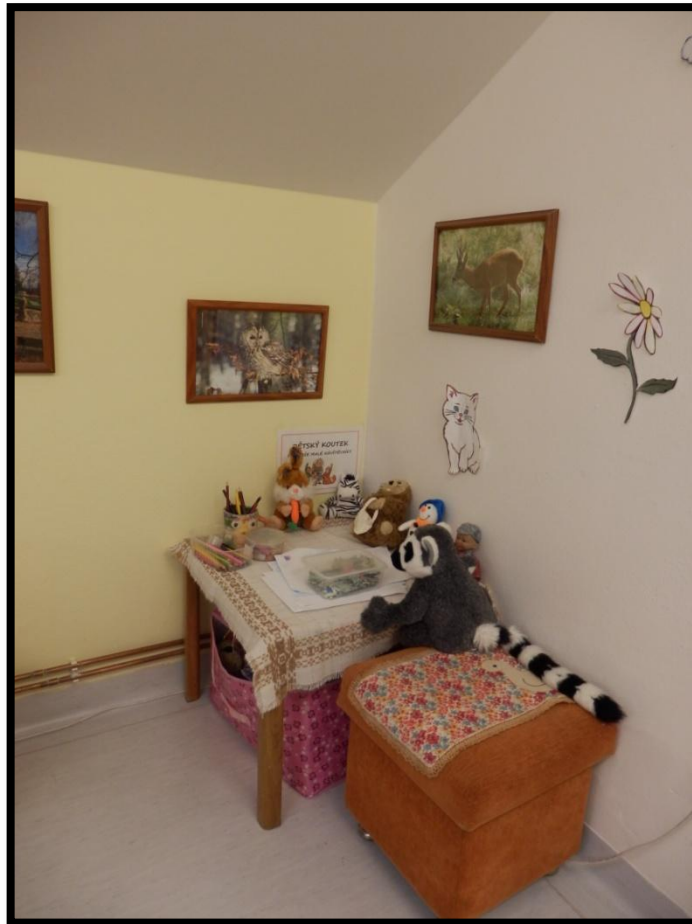












**Příloha č. 4: Orientační prvek (Palata)**



**Příloha č. 5: Králíček (Společenská místnost – Palata)**





**Příloha č. 6: Fotografie Domova pro seniory Háje**



**Příloha č. 7: Stacionář v DS Háje**

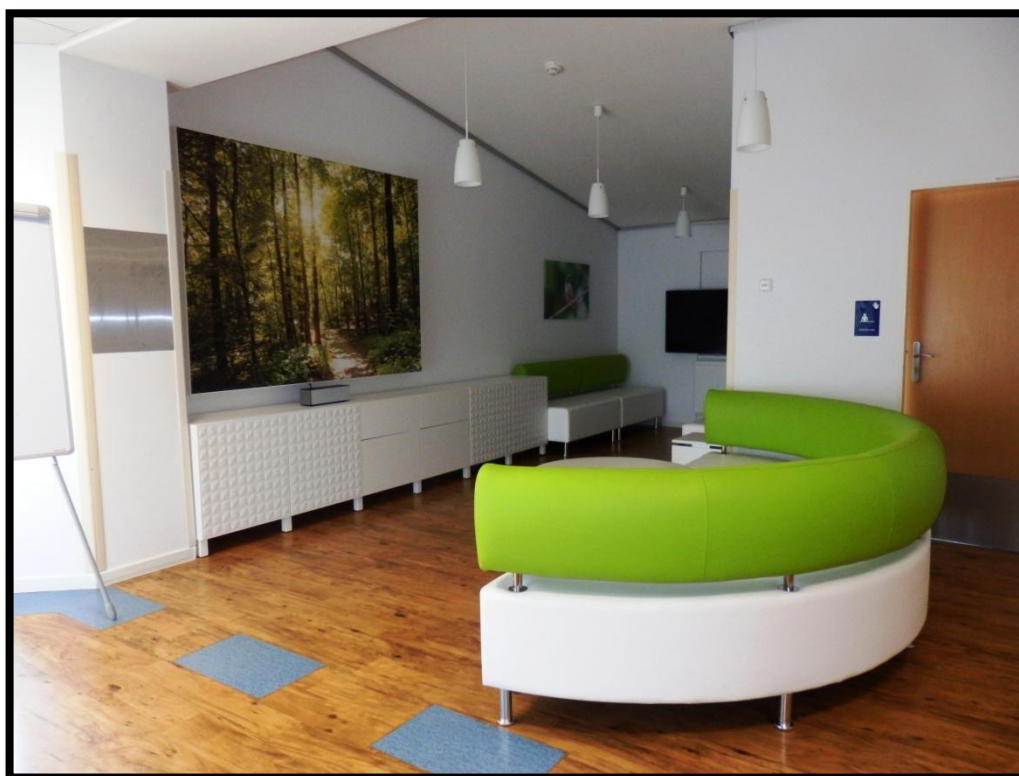




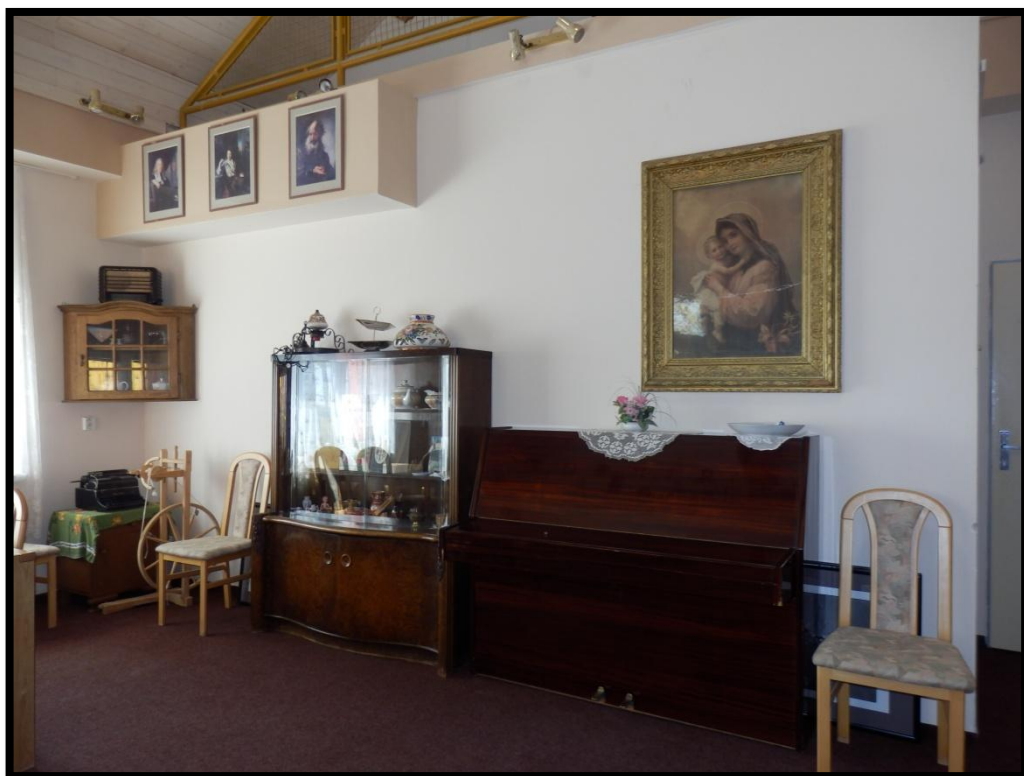
**Příloha č. 8: Kocour ve stacionáři (DS Háje)**



**Příloha č. 9: Multizenzorická péče (DS Háje)**



**Příloha č. 10: Reminiscenční místnost (DS Háje)**







**Příloha č. 11: Dobové informace umístěné na chodbách (DS Háje)**







## Příloha č. 12: Barthelův test základních všedních činností

### Barthelův test základních všedních činností (ADL)

<i>Činnost</i>	<i>Provedení činnosti</i>	<i>Bodové skóre</i>
najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
oblékání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
koupání	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 0
kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
použití WC	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomoci vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomoci 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
<b>Celkové skóre</b>		
<b>Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech</b>		
0–40 bodů – vysoká závislost		
45–60 bodů – závislost středního stupně		
65–95 bodů – lehká závislost		
100 bodů – nezávislý		

Podle: Mahoney, F. L., Barthel, D. W.: *Md. State Med. J.*, 14, 1965, s. 61–65. Wade, S. L.: *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 64, 1983, s. 20–26. Topinková, E., Neuwirth, J.: *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing, 1995.

44

<sup>44</sup> KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. Str. 182.

## Příloha č. 13: Biografický list<sup>45</sup>

### Příloha 1: Biografický list

Jméno

Místo narození

Rodiče:

Otec – povolání

Matka – povolání

#### Dětství

1. Kde jste se narodil/a?
2. a. Sourozenci
2. b. Musel/a jste se starat o sourozence?
3. Zvláštní vlastnost
4. Zvláštní nadání/zručnost
5. Oblíbené dítě/kamarád
6. Oblíbené jídlo/pití
7. Oblíbená vůně
8. Oblíbená píseň/hudba
9. Krajina domova/oblíbený obraz
10. Oblíbená činnost
11. Povinnosti domova
12. Povinnosti ve škole
13. Povinnosti v dalším vzdělávání
14. Ostatní
15. Co bylo dovoleno ve volném čase
16. Co bylo zakázáno ve volném čase
17. Výchova
  - Všeobecně
18. Náboženství
19. Příjemné vzpomínky
  - Negativní vzpomínky

#### Mládí

1. Volba povolání
2. Svobodná rozhodnutí
3. Svoboda
4. Povinnosti
5. Idoly a vzory
6. Aktivní činnosti v klubech, svazech, oblasti kultury, sportu, politiky
7. Ukončení školy
8. Radost z práce/povolání
9. První láska
10. Co bylo, bylo

---

<sup>45</sup> PROCHÁZKOVÁ, E. *Práce s biografii a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. Str. 119-121.

## Dospělost

1. Povinnosti/ pracovní úkoly
2. Svatba
3. Manželství
4. Přátelství
5. Děti
6. Potraty
7. Úmrtí dítěte
8. Ostatní vztahy
9. Zdravotní problémy
10. Zdravotní omezení
11. Volný čas
12. Životní negativa
13. Víra, kultura, sport, zájmy, politika
14. Ztráty v dospělosti
15. Co bylo, bylo

## Stáří

1. Odchod do penze
2. Ztráta povinností
3. Nové úkoly, povinnosti
4. Nové plány
5. Nové role
6. Životní bilancování
7. Zvláštnosti v současnosti
8. Zvláštnosti stáří
9. Které životní období bylo pro Vás nejšťastnější
10. Co bylo v životě zvláště obtížné
11. Co ještě zůstává
12. Odchod a loučení
13. A co bude dál
14. Je vám 5 let
15. Co bylo, bylo

Datum

Podpis

tabulka níže je využívána pro závěrečný souhrn biografických údajů a je součástí vizitace péče, při které je řešen transfer biografických údajů do plánů péče.

Dětství	Mládí	Dospělost	Stáří

## Příloha č. 14: Dotazník

### Dotazník pro pracovníky v sociálních službách

Prosím Vás o vyplnění dotazníku, který je anonymní a jeho výsledky slouží pouze jako podklady pro mou diplomovou práci. Odpovědi je možné zaškrtnout, ale i vypisovat. Prosím o pravdivé vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník se skládá ze dvou stran. Moc Vám děkuji

**1. Pohlaví**

☐ Žena

☐ Muž

**2. Pracovní zařazení (pracovník přímé péče, zdravotní sestra aj.)**

**3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání (prosím uvést i obor vzdělání)**

**4. Vzděláváte se dále v oblasti péče o seniory? Pokud ano, jaké jste absolvoval/a vzdělávací kurzy?**

**5. Jste absolventem kurzu Psychobiografického modelu péče?**

☐ Ano

☐ Ne

**6. Jaký je Váš názor na využití Psychobiografického modelu péče v práci se seniory?**

**7. Co vnímáte jako hlavní úkol Psychobiografického modelu péče?**

**8. Pokud máte tento kurz, jak dlouho s tímto modelem péče již pracujete?**


9. Co konkrétně hodnotíte jako nejvíce přínosné pro klienty?
10. Co konkrétně by se dalo v oblasti práce s tímto modelem ještě vylepšit?
11. Jak hodnotíte kvalitu péče o seniory ve Vašem zařízení?
12. Vnímáte nějaké rozdíly v kvalitě poskytované péče s využitím modelu a bez něj? Jsou zde patrné nějaké rozdíly při poskytování péče?
13. Jaký vliv má tento model na život klienta v zařízení?
14. Pracujete s dokumentačním systémem modelu?
15. Jaké využíváte podklady pro tvorbu individuálního plánu péče?
16. Je ještě něco, co byste rádi k tomuto tématu sdělili?

**Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.**

## Příloha č. 15: Souhlas se zpracováním biografie

### Souhlas se zpracováním biografie klientů

Souhlasíme s anonymním zpracováním dvou biografí klientů, které budou použity v diplomové práci Markéty Svobodové.

3. 12. 2015 M. S. 

Datum a podpis




PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE  
ZŘÍZOVATEL HL. M. PRAHA  
K HLÍČOVU 734/1  
149 00 PRAHA 4 - HÁJE  
T +420 271 198 502  
IČ 70876111  
DIČ CZ70876111



#### **Souhlas se zpracováním biografie klientů**

Souhlasím s fotografováním a následným uveřejněním fotografií Domova pro zrakově postižené Palata, do diplomové práce Markéty Svobodové.

23.2.2016 

Datum a podpis



## Summary

In the first part of my work I presented chapters which were focused especially on seniors and old age, and living with changes connected with getting old and old age. I also mentioned senior's needs that changes with growing age. A very important chapter is about dementia. There is also a chapter about dealing with demography and social services for seniors and social workers. Afterwards, my work contains the main chapter about psychobiographical model of care, the main information about its author, the principle of normality and activities of daily life. In my work there is also mentioned work with biography and historical evolution of care. The same importance goes to individual planning and connection with reminiscence therapy.

The second part of my work is focused on concrete usage of the model in real life. The main experimental method was a question form for social workers, interview with quality managers and the example of two processed biographies. Question forms were analysed with graphs and summarizing of important informations. The interviews were used like explanatory of question forms. At the end of my work, I would like to mention two possibilities how to work out a client's biography.